



METOODILISI JUHENDEID
NAHA-JA SUGUHAIGUSTE
PRAKTIKUMIKS

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

METOODILISI JUHENDEID
NAHA - JA SUGUHAIGUSTE PRAKTIKUMIKS

TARTU 1977

Koostanud H. Vahter, H. Silm, E. Elberg

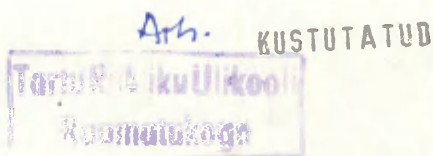
Kinnitatud arstiteaduskonna
nõukogus 21. detsembril 1976

Kaane kujundanud I. Kudisiim

S a a t e k s

Käesolev õppevahend on ette nähtud Arstiteaduskonna raviosakonna üliõpilastele õppeaine "Naha- ja suguhaigused" paremaks omandamiseks.

Autorid on tänulikud TRÜ farmakoloogia kateedri professorile L. Nurmandile väärtuslike farmakoloogia-alaste nõuannete eest õppevahendi koostamisel.



4260

1. ÕPPETÕU EESMÄRK NING ÕPPEPROGRAMMID NAHA- JA SUGUHAIGUSTE ÕPETAMISEL

Iga eriala arsti praktilises töös on tähtsal kohal sa-
gedamini esinevate naha- ja suguhaiguste diagnostika, ravi-
meetodid ning profülaktika printsiibid ja nende haiguste
tõrje organiseerimine. Üha enam tugevnevad dermato-venero-
loogia seosed teiste teoreetiliste ja kliiniliste distsip-
liinidega.

Seoses sellega on naha- ja suguhaiguste kateedri üles-
andeks õpetada üliõpilastele enam levinud naha- ja suguhai-
guste uurimis-, diagnostika ja ravimeetodeid, lülitada üli-
õpilasi aktiivselt osa võtma naha- ja suguhaiguste profül-
laktikast.

Raviosakonnale on naha- ja suguhaiguste õpetamiseks
eraldatud 90 tundi, millest 30 kulub loengutele ja 60 tun-
di praktilistele õppustele.

Dermato-veneroloogia loengud käsitlevad tähtsamaid kü-
simusi eriala kõige olulisematest haigustest (püodermia,
mükoosid, leepira, dermatiidid, ekseem, professionaalsed
dermatoosid, psoriaas, villilised dermatoosid, kollagenoo-
sid, süüfilis, gonorröa). Loengud tutvustavad üliõpilasi
uusimate teaduse ja praktika saavutustega, mis veel ei ole
leidnud käsitlemist õpikuis ja õppe-metoodilistes materja-
lides.

L o e n g u k u r s u s e t e m a a t i k a

1. Sissejuhatus dermatoloogiasse. Naha füsioloogia. Naha-
haiguste etioloogia ja patogeneesi üldised küsimused.
2. Püodermiad.
3. Mükoosid.
4. Dermatiidid, Ekseem.
5. Professionaalsed nahahaigused.

6. Neurodermatoosid. Sügelised.
7. Psoriaas. Villilised dermatoosid.
8. Kollagenoosid.
9. Leepra.
10. Sissejuhatus veneroloogiasse.
11. Esmane süüfilis.
12. Teisene süüfilis.
13. Kolmandane süüfilis. Kaasasündinud süüfilis.
14. Süüfilise ravi ja profülaktika üldprintsiibid.
15. Gonorröa, trihhomonoos ja mittespetsiifilised uretsiidid.
16. Veneeriliste haiguste leviku põhjused.

Loengukursus, nagu praktilised õppusedki, järgivad I.P. Pavlovi õpetust organismi ühtsusest ja terviklusest, arvestavad ümbritseva keskkonna osa ja närvisüsteemi täheksust rea haiguste patogeneesis. Loengud kasvatavad üliõpilasi ideelis-poliitiliselt ja süvendavad armastust oma eriala vastu.

Igas loengus valgustatakse vastavalt teemale koos etioloogiaga, patogeneesi, kliiniliste iseärasuste ja ravi printsiipidega ka naha- ja suguhaiguste põhilisi ajaloolisi andmeid, kodumaiste autorite prioriteeti, veneeriliste ja nakkavate nahahaiguste vastu võitlemise ja profülaktika printsiipe.

Loengukursuses käsitletakse ka naha- või suguhaigusi põdevate isikute töölerakendamise küsimusi.

P r a k t i l i s t e t ö ö d e t e m a a t i l i n e p l a a n

1. Tutvumine nahahaige uurimise meetodikaga. Nahalööbed. Nahamädanikud.
2. Skaabies ja dermatomükoosid.
3. Nahatuberkuloos. Kollagenoosid. Leepra.
4. Dermatiidid. Ekseem ja professionaalsed nahahaigused.
5. Psoriaas ja neurodermatoosid. Nahakasvajad. Nahanäärmete haigused.

6. Tutvumine suguhaige uurimise metoodikaga. Esmase ja teisese süüfilise diagnostika.
7. Kolmandase, siseorganite ja närvisüsteemi ning kaasa-sündinud süüfilise diagnostika.
8. Süüfilishaigete ravi.
9. Gonorröa ja trihhomonoosi kliiniline ja laboratoorne diagnostika.
10. Gonorröa ravi. Arvestus.

Praktiliste tööde läbiviimisel arvestatakse õppetöö maksimaalset lähendamist olukorrale, mis tuleb ette arsti töös.

Praktikumide käigus õpivad üliõpilased tundma haiguste põhilisi kliinilisi vorme, nende diferentsiaaldiagnostikat, omandavad praktilisi vilumusi haigete uurimisel ja ravimisel, raviprotseduuride ja spetsiaalsete laboratoorsete analüüside tehnikat (uuringud kahkja treponeemi, gonokoki, sügelisest, patogeensete seente ja leepira tekitaja suhtes).

Praktilised õpingud üliõpilastega viiakse läbi nii kliinikus kui dispanseris. Üliõpilase tööle dispanseris omistatakse erilist tähelepanu. (Ambulatoorsed haiged peavad moodustama mitte vähem kui ühe neljandiku haigetest, keda üliõpilased uurivad iseseisvalt praktiliste tööde käigus). Iseseisvad ambulatoorsed vastuvõetud kinnitavad üliõpilaste praktilisi kogemusi, mis on omandatud kliinilistel õppustel.

Ü l d - d e r m a t o l o o g i a

Dermatoloogia arengu põhiastjad. Kodumaine dermatoloogide koolkond (A.I. Polotebnov, A.I. Pospelov, P.V. Nikolski, V.V. Ivanov, G.I. Meštšerski, P.S. Grigorjev, V.A. Rahmanov, S.T. Pavlov, P.V. Koževnikov jt.). Nõukogude dermatoloogia saavutused. Dermatoloogia Tartu Riiklikus Ülikoolis.

Naha anatoomia

Epidermis. Derma. Nahaalune rasvkude. Vere- ja lümfi-sooned. Neuroretseptorne aparaat. Juuksed, juukse folliikel. Higinäärmed. Rasunäärmed. Külüend.

Naha füsioloogia ja biokeemia

Naha seos teiste organite ja organsüsteemidega. Naha osa vee, mineraalide, valkude, süsivesikute, vitamiinide, fermentide ja rasvade ainevahetuses. Melaniini produtseerimine nahas. Naha pH. Põhilised naha funktsioonid: kaitse-, termoregulatsiooni, eritus-, resorptsiooni- ja hingamisfunktsioonid. Nahk kui tundeorgan.

Põhilised patoloogilised protsessid nahas

Äge ja krooniline põletik. Akantolüüs, akantoos, vakuolne degeneratsioon, hüperkeratoos, papillomatoos, parakeratoos, spongioos, balloneeruv degeneratsioon. Düskroomia. Atroofia. Kasvajalik protsess.

Naha ealised iseärasused. Naha hügieen

Nahahaiguste semiootika. Naha lööbeelemendid (esmased ja teisesed). Juuste muutused. Küünte muutused. Subjektiivsed kaebused.

Nahahaiguste etioloogia ja patogeneesi küsimused

Eksogeensete, endogeensete ja sotsiaalsete faktorite osa dermatooside tekkimises ja arengus. Nahapatoloogia seos sisehaigustega, endokriinsete, närvi- ja psüühiliste häiretega. Üldise ja kohaliku reaktiivsuse osast dermatooside patogeneesis. Sensibilisatsiooni ja allergia osast dermatoloogias. Geneetiliste faktorite ja autoimmuunsete protsesside tähendusest dermatooside arengus.

D e o n t o l o o g i a k ü s i m u s e d n a h a -
j a s u g u h a i g u s t e õ p e t a m i s e l .

E r i - d e r m a t o l o o g i a

Naha mädapõletikud (Pyodermitis)

Definitsioon. Levik. Etioloogia ja patogenees. Püokokkide, makroorganismi ja väliskeskkonna osast nahamädanike tekkes. Klassifikatsioon. Üksikute püodermia vormide kliinilised iseärasused, kulg ja histopatoloogia.

Ostiofollikuliit (ostiofolliculitis), follikuliit (folliculitis), stafülokokiline sükoos (sycosis). Furunkel

(furunculus), furunkuloos (furunculosis), karbunkel (carbunculus), hüdradeniit (hydradenitis).

Streptokokiline mädavilliline lööve (impetigo streptogenes) ja selle liigid. Ektüüm (ecthyma). Vastsündinute epideemiline villtõbi (pemphigus epidemicus neonatorum). Püoallergiidid. Kroonilise püoderma mõiste.

Üldise ja paikse ravi põhimõtted: haige režiim, dieet, antibiootikumid ja sulfoonamiidid, spetsiifiline ja mitte-spetsiifiline immunoteraapia, üldtugevdavad ravivahendid, kaasuvate haiguste ravimine, kohalik ravi, füsioterapeutilised protseduurid.

Püodermaate profülaktika tööstuses ja olmetingimustes.

Sügelised (scabies)

Tekitaja. Nakatumistingimused. Kliiniline pilt, tüsistused. Laboratoorne diagnostika. Ravi. Profülaktika.

Täitõbi (Pediculosis)

Pea-, riide-, ja kubemetäid (pediculi capitis, pediculi vestimenti, pediculi pubis). Epidemioloogia. Täidest tingitud nahamuutused. Ravi, profülaktika.

Naha seenhaigused (Dermatomycosis)

Tekitajad. Nakatamisviisid. Seente, makroorganismi ja väliskeskkonna osast naha seenhaiguste tekkes. Seenekandvus. Klassifikatsioon. Nõukogude teadlaste osast dermatomükoloogia arengus (N.A. Tšernogubov, A.A. Bogolepov, O.N. Podvõssotskaja jt.).

Kliiketendustõbi (Pityriasis versicolor)

Tekitaja. Soodustavad faktorid. Kliiniline iseloomustus. Diagnostika. Ravi.

Pindmine ja sügav trihhofüütia (Trichophytia superficialis et profunda)

Tekitajad. Epidemioloogia. Üksikute trihhofüütia vormide (juustega kaetud peanaha, silenaha ja küünte kahjustus) iseloomustus. Täiskasvanute krooniline trihhofüütia (Trichophytia chronica). Trichophyton rubrum'i poolt põhjustatud naha seenhaigus - rubromükoos (Rubrophytia).

Mikrospooria (Microsporia)

Tekitajad. Epidemioloogia. Juustega kaetud peanaha ja silenaha kahjustuste kliiniline iseloomustus. Luminestsentsdiagnostika.

Lubiraig (Favus)

Tekitaja. Epidemioloogia. Silenaha, juustega kaetud peanaha ning künte kahjustuste kliiniline iseloomustus. Trihhofüütia, mikrospooria ja lubiraia laboratoorne diagnostika. Trihhomükoside ravi - griseofulviin, epillin, röntgenepilatsioon, fungitsiidid paikse ravi vahendid. Tervistumise kriteeriumid. Profülaktilised abinõud juuksurite töös, lastekollektiivides, põllumajanduses.

Ingvinaalpiirkonna epidermophytia (Epidermophytia inguinale). Kliiniline pilt. Ravi ja profülaktika.

Jalapõidade epidermomükosid. Onühhomükosid

Tekitajad. Soodustavad faktorid. Kliinilised vormid. Ravi. Ühiskondlik (saunad, duširuumid, basseinid jne.) ja individuaalne profülaktika. Mükiidid. Autosensibilisatsiooni osast mükiidide tekkes. Sügavate mükoside mõiste (histoplasmoos, koktsidiidoos, blastomükos, sporotrihhoos, kromomükos, aktinomükos, Madura mükos).

Silenaha ja limaskestade kandidoos

Tekitajad. Patogenees, düsbakterioos ja hormonaalsed häired. Antibiootikumide osatähtsus nende arengus. Kliiniline pilt. Ravi.

Mükosidevastase võitluse organisatsioon. Mükoloogiliste dispanserite ja kabinetide ülesanded ning tähtsus. Naigete dispanseerimine. Sanitaar-selgitustöö.

Nahatuberkuloos (Tuberculosis cutis)

Tekitaja. Nahka tungimise teed. Naha kahjustus kui üks üldise tuberkuloosse nakkuse väljendusvorme. Makroorganismi ja väliskeskkonna osast tuberkuloosi arengus. Organismi üldine ja spetsiifiline reaktiivsus ja selle osa erinevate nahatuberkuloosi vormide tekkes. Tuberkuliinproovide ja mõnede abimeetodite (õunažele fenomen, sondikats) diagnostilisest tähendusest.

Peamiste nahatuberkuloosi vormide (söötraig - lupus vulgaris, skrofuloderma - scrophuloderma, sõlmelis-nekrootiline nahatuberkuloos - tuberculosis cutis papulo - necrotica, tüükaline nahatuberkuloos - tuberculosis cutis verrucosa, haavanduv nahatuberkuloos - tuberculosis cutis ulcerosa, induratiivne erüteem - erythema induratum Bazini patogenees, kliiniline iseloomustus, histopatoloogia. Ravi printsiibid: režiim, dieet, antituberkuloossed preparaadid, vitamiinid, füsioteraapia, kliimaravi. Profülaktika. Tuberkuloosivastase võitluse edusammudest NSV Liidus.

Leepra (Lepra)

Ajaloolisi andmeid. Levik. Etioloogia. Patogenees. Epidemioloogia. Klassifikatsioon. Kliinilised vormid. Lepromiintestide tähendusest. Laboratoorse diagnostika meetodid. Ravi. Profülaktika. Lepravastase võitluse organisatsioon NSV Liidus.

Borovski haigus (naha leišmanioos - Leishmaniosis cutis)

Tekitajad. Epidemioloogia. Kliinilised vormid. Laboratoorne diagnostika. Ravi. Profülaktika.

Dermatiidid (Dermatitis)

Definitsioon. Klassifikatsioon. Lihtsad ja allergilised dermatiidid. Organismi üldise ja kohaliku reaktiivsuse tähendusest allergiliste dermatiitide arengus. Nahatestide osatähtsus allergiliste dermatiitide diagnostikas. Allergilise dermatiidi erinevus ägedast ekseemist. Nahapõletike erinevate kliiniliste vormide iseärasused, ravi ja profülaktika.

Toksikodermiad (Toxicodermia)

Definitsioon. Etioloogia. Patogenees. Kliinilised iseärasused. Medikamentoossed toksikodermiad. Immunoloogilis-allergoloogiliste testide diagnostilisest tähendusest. Erinevate toksikodermia vormide ravi ja profülaktika.

Ekseem (eczema)

Etioloogia. Patogenees. Väliste faktorite ja organismi

reaktiivsuse osast eksematoosse protsessi arengus. Pärilikus. Klassifikatsioon. Eksematoosse protsessi staadiumid. Histopatoloogia. Üldise ja paikse ravi põhimõtted. Haigete dispanseerimine ja töökorraldus.

Kutse-nahahaigused

Definitsioon. Professionaalsed tegurid. Professionaalsete faktorite ja organismi reaktiivsuse osast professionaalsete dermatooside arengus. Professionaalsete dermatooside kliinilised vormid - dermatiidid, ekseem, põletused, haavandid, õlifollikuliidid, kiirituskahjustused, külmakahjustused, fotodermatoosid, melanodermiad, kasvajad, infektsioossed naha professionaalsed haigused. Naha allergiliste testide diagnostiline tähendus. Haigete dispanseerimine ja töökorraldus. Profülaktika. Erinevate professionaalsete tegurite mõju nahahaiguste kulule.

Neurodermiit (Neurodermitis)

Etioloogia. Patogenees. Atoopia mõiste. Piirdunud ja difuusse neurodermiidi kliinilised iseärasused. Üldise ja paikse ravi põhimõtted. Kliimaravi tähtsus. Dieet. Dispanseerimine ja töökorraldus.

Nõgestõbi (urticaria)

Põhjustavad faktorid - ekso- ja endogeensed tegurid. Patogenees. Organismi reaktiivsuse muutumise osast nõgestõve arengus. Klassifikatsioon. Kliinilised vormid. Histopatoloogia. Ravi põhiprintsiibid. Profülaktika.

Naha sügelemine (Pruritus cutis)

Definitsioon. Naha sügelemine kui sümptoom ja kui haigus. Etioloogia ja patogenees. Klassifikatsioon. Lokaliseeritud ja universaalne naha sügelemine. Haige uurimise plaan. Paikse ja üldise ravi põhiprintsiibid.

Soomusgammaspool (Psoriasis vulgaris)

Etioloogia ja patogenees. Pärilike faktorite osa haiguse arengus. Kliinilised vormid ja arengustaadiumid. Se - soonsus. Isomorfne reaktsioon. Diagnostilised fenomenid, nende histopatoloogiline põhjendus. Üldise ja paikse ravi

põhimõtted. Ravi sõltuvus haiguse staadiumist. Retsidiivide profülaktika.

Punane lame sammaspool (Lichen ruber planus)

Etioloogia. Kliiniline iseloomustus. Isomorfne reaktsioon. Histopatoloogilised iseärasused. Ravi põhiprintsiibid.

Maha kollagenoosshaigused

Erütematoos - (erythematodes)

Etioloogia ja patogenees. Väliste faktorite osast haiguse arengus - ultraviolettkiirgus, külmetus, mehaaniline trauma jt. Klassifikatsioon. Süsteemne kahjustus. Nahakahjustuste kliiniline iseloomustus. Ravi põhiprintsiibid. Profülaktika. Haigete dispanseerimine.

Sklerodermia (sclerodermia)

Kliinilised vormid. Ravi. Kollagenooside immunofluoresentsdiagnostika.

Roosa ketendustõbi (Pityriasis rosea Gibert)

Etioloogia. Patogenees. Kliiniline iseloomustus. Haiguse kulu iseärasused. Ravi.

Eksudatiivne erüteem (Erythema exsudativum multiforme)

Etioloogia ja patogenees. Eksudatiivne erüteem kui haigus ja sündroom. Kliinilised vormid. Ravi. Retsidiivide profülaktika.

Erütrasm (Erythrasma)

Etioloogia ja patogenees. Kliinik. Ravi ja profülaktika.

Tüükad (verrucae)

Verrucae vulgares. Verrucae planae. Condylomata acuminata.

Etioloogia. Kliiniline iseloomustus. Ravi.

Lihtohatis (Herpes simplex) ja öötohat (Herpes zoster)

Etioloogia, külmetuste, traumade, infektsioonide ja in-

toksikatsioonide osa antud haiguse arengus. Kliinilised vormid. Diferentsiaaldiagnostika. Ravi.

Villtõbi (Pemphigus vulgaris)

Etioloogia. Kliinilised vormid. Kliinilise ja laboratoorse diagnostika meetodid (Nikolski sümptoom, akantolüütiliste rakkude avastamine). Prognosis. Ravi.

Herpetiformne dermatiit (Dermatitis herpetiformis Durhing)

Kliinilised iseärasused. Ravi.

Villiliste dermatooside immunofluorestsentsdiagnostika.

Seborröa, akne (Seborrhoea, acne vulgaris)

Etioloogia ja patogenees. Pärilikkuse osa. Kliiniline iseloomustus. Ravi.

Roosad vinnid (acne rosacea)

Etioloogia ja patogenees. Kliinilised vormid. Demodikoosi osast haiguse tekkel.

Nahakasvajad

Klassifikatsioon. Naha prekantserooside mõiste. Epiteeloomi kliinilised vormid. Ravi printsiibid. Profülaktika.

Allergilised vaskuliidid (Vasculitis allergica)

Etioloogia ja patogenees. Kliinilised vormid. Ravi.

Naha retikulooside mõiste (Reticulosis cutis)

Põhilisi andmeid genodermatoosidest.

V e n e r o l o o g i a

Veneroloogia arengu põhetapid. Kodumaiste veneroloogide koolkond (V.M. Tarnovski, D.K. Žabolatnõi, N.P. Mansurov, P.S. Grigorjev, V.A. Rahmanov, S.T. Pavlov jt.).

Süüfilis (Syphilis)

Kahkjast treponeem, selle morfoloogilised ja bioloogilised iseärasused. Välisfaktorite mõju kahkjale treponeemile. Kahkja spiroheedi uurimise meetodid. Süüfilisse na-

katumise teed ja võimalused. Haigusallika ja kontaktsete mõiste. Immunitet, reinfektsioon, superinfektsioon.

Süüfilise üldine kulg, perioodilisus. Asümptoomse, vähesümptoomse ja pahaloomulise süüfilise mõiste. Lõimetus-aeg. Põhjused, mis mõjustavad haiguse lõimetusaja pikenemist või lühenemist.

Esmane süüfilis (Syphilis primaria). Kestus. Kliinilised nähud. Tüüpilise kõva šankri (ulcus durum) kliiniline iseloomustus, atüüpilised vormid, tüsistused. Kõva šankri histopatoloogia. Regionaarse lümfadeniidi ja lümfangiidi kliinilised iseärasused. Serooloogilised reaktsioonid esmase süüfilise korral. Diagnoosimismeetodid esmase süüfilise korral. Konfrontatsioon.

Teisene süüfilis (Syphilis secundaria). Kestus, haiguse kulg, iseärasused. Prodromaalnähud. Syphilis secundaria recens, latens, recidiva. Teisese süüfilise naha- ja limaskestade löövete kliiniline ja histopatoloogiline iseloomustus (süüfiliitilised roseoolid, papuloosne süfiliid, selle iseärasused, pustuloosne süfiliid, süfiliitiline leukoderma, süfiliitiline angiin). Süfiliitiline juuste väljalangemine (alopecia syphilitica). Poliadeniit. Närvisüsteemi, luude, liigeste, silmade, siseelundite kahjustus. Serooloogilised reaktsioonid teisese süüfilise korral. Teisese süüfilise diagnoosimine. Konfrontatsioon.

Kolmandane süüfilis (Syphilis tertiaria). Sagedus, arengu põhjused, kestus. Kolmandane aktiivne ja latentne süüfilis. Tuberkuloidsete ja gummoosete süfiliidide kliiniline ja histopatoloogiline iseloomustus, nende vormid, kulg, tüsistused ja lõpe. Kolmandase süüfilise nakkavus.

Luude, liigeste, siseelundite ja närvisüsteemi kahjustus. Serooloogilised reaktsioonid kolmandase süüfilise korral. Kolmandase süüfilise diagnoos. Proovi ravi, tähendus diagnoosimisel.

Kaasasündinud süüfilis (Syphilis congenita). Infektsiooni edasiandmise teed, pärilikkus. Nõukogude dermato-venereoloogia saavutused võitluses kaasasündinud süüfilisega. Sotsiaalsete faktorite osa kaasasündinud süüfilise arengus.

Süüfilise mõju raseduse kulule ja lõppele. Klassifikatsioon. Loote süüfilis (Syphilis foetalis). Varase kaasasündinud (Syphilis congenita praecox) süüfilise diagnoos: kindlad ja tõenäosed süüfilise tunnused. Seroloogilised reaktsioonid kaasasündinud süüfilise korral. Kaasasündinud süüfilise diagnoos.

Süüfilise serodiagnostika. Seroloogiliste reaktsioonide kliiniline tähendus süüfilise korral. (Klassikaline Wassermani reaktsioon, sadestusreaktsioonid, kahkjate spiroheetide immobilisatsiooni test). Valepositiivsed reaktsioonid. Seljaajuvedeliku uurimine. Immunofluorestsentsreaktsioon ja selle tähendus.

Süüfilise ravi. Spetsiifilised antisüfiliitilised ravivahendid (antibiootikumid - penitsilliin, ekmonovotsilliin, bitsilliin-1, bitsilliin-3, bitsilliin-6, erütromütsiin, vismutpreparaadid, joodipreparaadid), nende toimemehhanism, doseerimine, manustamisviisid, tüsistused ja kõrvalnähud, nende ravi ja profülaktika, vastunäidustused. Süfiliidide paikne ravi. Seroresistentse süüfilise mõiste. Süüfilise mittespetsiifiline ravi. Süüfilise ravi iseärasused rasedatel. Preventiivravi.

Süüfilishaige hügieen ja režiim. Tervistumise kriteerium. Süüfilis ja abielu.

Süüfilise individuaalne ja ühiskondlik profülaktika. Naha- ja suguhaiguste dispanseri struktuur ja osa võitluses suguhaiguste vastu. Meditsiinilised läbivaatused. Sanitaarselgitustöö. Isikliku profülaktika punktid. Naistenõuandlate osast ja rasedate standardsete seroreaktsioonide tähendusest latentse süüfilise diagnoosimisel somaatilistel haigetel. Seadusandlus veneeriliste haigete kohta.

Pehme šanker (Ulcus molle). Tekitaja. Inkubatsiooniperiood. Kliinilised nähud. Segashanker. Diagnoosimismeetodid. Ravi.

Neljas suguhaigus (Lymphogranulomatosis inguinalis). Etioloogia. Patogenees. Kliiniline iseloomustus, tüsistused. Diagnostika meetodid. Ravi. Profülaktika.

Gonorröa (Gonorrhoea)

Tekitaja. Haiguse allikad. Nakatumistingimused, haiguse levik ühelt inimeselt teistele ja levikuteed organismis. Inkubatsiooniperiood. Ägeda ja kroonilise gonorröa kliiniline iseloomustus ja tüsistused. Gonorröa laboratoorse instrumentaalse diagnostika meetodid. Gonorröa uretriidi ja selle tüsistuste üldise ja kohaliku ravi põhiprintsiibid. Tervistumise kriteeriumid.

Gonorröa ühiskondlik ja individuaalne profülaktika. Trihhomonoos ja mittespetsiifilised uretriidid. Etioloogia, patogenees, kliinik, ravi.

P r a k t i l i s t e o s k u s t e m i i n i m u m
r a v i o s a k o n n a ü l i õ p i l a s t e l e

Dermatoloogia tsükkel

1. Dermografismi määramine.
2. Kettude, juuste ja küünte uurimine seente esinemise suhtes.
3. Haige vaatlus luminestsentslambi abil.
4. Balzeri proov.
5. Jalatsite desinfitseerimise meetodika jalgade seenhaiguste korral.
6. Sügeliste uuring.
7. Allergilised nahatestid.
8. Psoriaatiliste fenomenide määramine.
9. Mähiste, pastade, aerosoolide, losioonide kasutamise meetodika.
10. Põhiliste dermatoloogiliste retseptide kirjutamine.
11. Nahahaige ambulatoorse kaardi koostamine.
12. Nahahaige statsionaarse haigusloo koostamine.

Veneroloogia tsükkel

1. Naha vaatluse meetodika.
2. Kahkja treponeemi, gonokokkide, trihhomonaadide uurimine.

3. Käte ja instrumentide desinfektsioon töötamisel süüfilisehaigega.
4. Süüfilisehaige ravi planeerimine.
5. Mittelahustuvate antisüfiliitiliste preparaatide kahe-momentse süstimise metoodika.

2. NAHAHAIGE UURIMISE METOODIKA KOOS UURIMISSKEEMIGA

2.1. Kliiniline uurimine

2.2. Laboratoorsed uuringud:

- Vere, uriini ja väljaheite uuringud;
 - histoloogiline uuring;
 - mikrobioloogilised uuringud;
 - funktsionaalsed uuringud;
 - biokeemilised uuringud;
 - seroloogilised uuringud.

Põhimeetodiks on kliiniline uurimine (anamnees, objektiivne arstlik järelevaatus ühes nahalööbe kirjelduse ja obligatoorsete kliinilis-laboratoorsete uuringutega (üld-vereanalüüs, uriini ja väljaheite uurimine). Kliinilisel uurimisel kasutatakse mitmeid abimeetodeid, nagu vaatlus luubi abil, diaskopeerimine, skarifikatsioon, sondikats jt.

Histoloogiline uurimine viiakse läbi siis, kui haigust ei ole võimalik diagnoosida ainult kliiniliste andmete põhjal. Uuringuks tuleks valida kõige tüüpilisem lööbe-element. Biopsia võtmisel peetagu silmas, et oleks võetud nii epidermist kui pärisnahka. Tavaliselt võetakse haiguskolde servast kaasa ka kahjustamata nahka, mis võimaldab hinnata lööbe perifeerias esinevaid muutusi. Kui tüüpilisi lööbeelemente on rohkesti, siis saab biopsia koha valikul arvestada ka kosmeetilisi tagajärgi ja soodsamat sidumispiirkonda. Uurimismaterjali võtmisel puhastatakse eelnevalt nahka 70°-se etüülalkoholiga. Tuimestatakse 0,5%-lise novokaniinilahusega. Lõike tegemiseks võib kasutada ümara lõikepinnaga, eri diameetriga (2,3 või 4 mm) dermatoomi. Dermatoomiga roteerides lõigatakse nahk soovitava sügavuseni,

seejärel tõstetakse ümaralt lahtilõigatud nahatükk üles ja lõigatakse kääride või skalpelliga naha pinnaga paralleelselt läbi. Võetud nahatüki fikseerimiseks on soovitatav kasutada Carnoy fiksaatorit ja 10%-list neutraalset formaliinilahust. Carnoy fiksaator valmistatakse vahetult enne kasutamist (4°C juures) koostisega: absoluutset etüülalkoholi 60 ml, kloroformi 30 ml ja jää-äädikhapet 10 ml. Peale parafiinisistust valmistatakse seeria lõigud (paksusega 7-8 mikronit).

Haigetel, kelle puhul tekib nakkusliku nahahaiguse kahtlus, viiakse läbi mikroskoopiline uurimine (mikroskoopiline ja kulturaalne, vajaduse korral tundlikkus antibiootikumidele). Mükoloogiline uurimine viiakse läbi nahaseenhaiguse kahtluse puhul ning see koosneb mikroskoopilisest ja kulturaalsest uuringust. Funktsionaalseid uuringuid (dermografismi määramine, histamiinitest, epikutaansed nahatestid, naha elektromeetria, nahatemperatuuri mõõtmine jt.), samuti biokeemilisi ja seroloogilisi uuringuid teostatakse sagedamini haiguse patogeneesi selgitamiseks.

N a h a h a i g e u u r i m i s e s k e e m

Passiandmed:

- | | |
|----------------------------|--------------|
| 1. Nimi-, ees- ja isanimi. | 5. Haridus. |
| 2. Vanus. | 6. Elukutse. |
| 3. Rahvus. | 7. Elukoht. |
| 4. Perekonnaseis. | 8. Töökoht. |
| 9. Vastuvõtu diagnoos. | |

Anamnees:

10. Haige kaebused.
11. Elu-anamnees.
12. Epidemioloogiline anamnees.

Objektiivne arstlik järelevaatus:

14. Kehaehitus.
15. Toitumine.
16. Naha iseloomustus (värvus, toonus, turgor, nahaaluse koe seisund). Nähtavad limaskestad.

17. Perifeersed lümfisõlmed.
18. Siseorganid.
19. Närvisüsteem.
20. Haiguskolde kirjeldus (asukoht, kuju, suurus, värvus, piirdumus, missugused lõõbeelemendid esinevad. Näiteks kui ketud, siis nende iseloomustus - värvus ja suurus; koorikud - värvus, iseloom; haavand - kuju, suurus, servade ja põhja iseloom).

Arvatav diagnoos.

Laboratoorsete uuringute tulemused.

Diferentsiaaldiagnoos.

Lõplik diagnoos (koos põhjendusega).

Haiguse etioloogia ja patogenees (uuritava haige kohta).

Haige ravimine (individualiseeritud kompleksse ravi plaan).

Prognoos.

Epikriis.

Kasutatud kirjandus.

E p i k r i i s e d n a h a t e s t i d

Nahatestide läbiviimiseks soovitatakse kasutada keemilisi aineid järgmistes kontsentratsioonides:

1. Tärpentin - 50%-line lahus 90°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

2. Nikkelkloriid - 10% 60°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

3. Kaaliumbikromaat - 0,25% 60°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

4. Polümeerid:

Bakeliitlakk - 25 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

Bakeliit - 50 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

Liimid (K-17, BF -4, BJ'AM-B-3 jt.) - valmislahustena (tilkmeetodil).

Epikloorhüdriin - 2 % atsetoonis (tilkmeetodil).
Maleiinananhüdriid - 2 % atsetoonis (tilkmeetodil).
Kanifool - 2 % 70°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).
Šellak - 2 % 60°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

5. Antibiootikumid:

Streptomütsiin - 50 % füsioloogilises lahuses (kompressina).

Penitsilliin - 50 % füsioloogilises lahuses (kompressina).

Kõik teised antibiootikumid pulbrites (kompressina).

6. Teised medikamendid:

Vitamiin B₁ - 0,5 % valmislahusena (kompressina).

Aminasiin - 50 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

Novokaiin - 2 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

Sublimaas - 2 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

7. Lahustajad (atsetoon, bensiin, petrooleum jt.) puhtal kujul (tilkmeetodil).

8. Koobaltnitraat - 10 % 60°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

9. Ursool - 2 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

10. Kautšukid:

Kummiliim - naturaalsel kujul (tilkmeetodil).

Kummi - naturaalsel kujul (kompressina).

Tiuraat - 2 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

Kaptak - 2 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

Neoson "D" - 2 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

11. Ilmutajad:

Metool - 2 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

Hüdrokiinon - 2 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

12. Formaliin - 50 % 70°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

13. Dinitrokloorbenseen - 1 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

14. Insektitsiidid:

Heksaklooraan - puhtal kujul (kompressina).

Besinsektaal - 50 % 96°-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).

- Flitsiid - 50 % 96^o-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).
15. Klooramiin - 50 % 96^o-ses etüülalkoholis (tilkmeetodil).
16. Nitrovärvid - 50 % atsetoonis (tilkmeetodil).
17. Tsitraal, lõhnaõlid, odekolonnid - puhtal kujul (tilkmeetodil).

3. SUGUHAIGE UURIMISE METOODIKA JA SKEEM

Dermato-veneroloogias puutub arst sagedamini kui üheski teises meditsiini harus kokku inimsuhete kõige intiimsemate külgedega. Seetõttu on dermato-veneroloogi töös erakordselt tähtis arstliku tegevuse eetiline külg. Suguhaiuste leviku iseärasused ning elanikkonna eitav suhtumine jätavad haige psüühikasse sügava jälje. Suhtumine väljendub dispanseerse raviasutuse suhtes kujunenud eelarvamuses, tekitab kartus olla selle raviasutuse külastaja. Haiguse põdemine ise rõhub haiget ja põhjustab negatiivseid emotsioone. Suurt muret tekitab haigele perekonnaliikmete (eriti abikaasa) informeeritus suguhaiguse põdemisest ning asjaolu, et haige tuttavad ja töökaaslased võivad saada haigestumisest teada. Sageli on haigel desorienteeritud ettekujutus ka haiguse tagajärgedest. Muret tekitab ka edaspidine väljalülitumine tööst ja perekonnast seoses hospitaliseerimisega spetsialiseeritud raviasutusse. Kõige selle tõttu puutub dermato-veneroloog oma arstlikus tegevuses kokku psüühiliselt muutunud isiksusega, kelle psüühiliste hälvete ulatus ja aste on seotud haige närvisüsteemi iseärasustega. Seega peab dermato-veneroloog oma tegevuses arvestama haige psühholoogilisi iseärasusi ja lähenema igale haigele individuaalseeritult, mõjustades haiget võimalikult positiivsete emotsioonide suunas.

Suguhaige uurimise skeemis on üks põhilisi erinevusi võrreldes nahahaige uurimisega see, et süvendatud epidemioloogiline anamnees võetakse haigelt peale objektiivset uuri-

mist ning see taotleb ühelt poolt kiirete profülaktiliste abinõude kasutuselevõttu, sageli ka diagnoosi täpsustamise eesmärki.

Üks esimesi ülesandeid on arvatava haigusallika ja suguliste ning olustikuliste kontaktide väljaselgitamine. See peab toimuma võimalikult põhjalikult ja kiiresti. Praktika näitab, et siin oleneb palju arsti taktikast, oskusest haigele läheneda. Et tulemused selles suhtes oleksid efektiivsed, peab haige olema informeeritud

- 1) suguhaiguse põdemisest;
- 2) tagajärgedest, mida toob endaga kaasa ravimata olek;
- 3) haiguse ohtlikkusest ümbruskonnale;
- 4) küsimuse salastatusest.

Suurt takti nõuab arstilt juba suguhaiguse põdemisest teatamine haigele, eriti aga selle teatamine haige perekonnaliikmetele (abikaasale). Loomulikult ei ole võimalik varjata tõde, kuid selle esitamisel tuleb hinnata jällegi veneeroloog juurde kutsutu neuropsüühilist seisundit ja individuaalseid omadusi, arvestada, et haiguse teatamisega tekib perekonnas kriisiseisund, mis võib avaldada kahjulikku mõju nii edasisele kooselule kui ka ravi tulemustele.

Haigusallika ja kontaktide avastamisel on oluline küsitluse konkreetsus. Alustatakse harilikult küsitlusega sugelu kohta: selle algus, regulaarsus perekonnas ja alles siis juhuslikud sugulised vahekorrad. Olenevalt diagnoosist fikseeritakse haiguslukku kontaktse isiku passiandmed, eluja töökoht, kontakti aeg, ühekordne või korduv vahekord. Praktika näitab, et paremini esitavad veneerilised haiged andmeid suguliste kontaktide kohta siis, kui peetakse kinni teatud süsteemist (vahekord viimasel kuul, eelmistel kuudel jne.). Haigele peab olema selgitatud, et teatamist vajavad kõik sugulised kontaktid ning et arvatava haigusallika uurimine ei too kaasa mingeid kahjulikke tagajärgi. Haiged esitavad andmeid suguliste kontaktide kohta kõige paremini siis, kui arst on võitnud haige usalduse ning küsitlus toimub nelja silma all. Konfrontatsiooni võib kasutada ainult erijuhtudel. Haigele tuleb anda võimalus ka andmete esita-

miseks kirjalikult. Üksikjuhtudel, kui haige ei mäleta kontaktse isiku passiandmeid, tuleb nõutada arvatava haigusallika portree, mis sisaldagu kõige karaktersemaid tunnuseid (arvatav vanus, kasv, juuste ja silmade värvus, kas ei esine veel mingeid tähelepanu ärritanud väliseid tunnuseid, kuidas riietus, käitumismaneerid, kus ja millal toimus kontakt. Viimati nimetatud juhtudel tuleb pöörduda võimalikult kiiremini organite poole, kes võiksid kaasa aidata vastava isiku kindlakstegemisel ning suunamisel veneroloogile juurde.

Haige objektiivsel uurimisel on oluline haigustunnuste täpne fikseerimine haigusloosse. See on vajalik nii diagnoosi täpsuse kui ka asjaolu tõttu, et veneerilise haige haiguslugu võib osutuda juriidiliseks dokumendiks. Meditsiinilisest seisukohast peab objektiivne leid olema kirjeldatud nii, et see võimaldaks kliinilise diagnoosi püstitamist.

Kui haigel esineb naha või limaskestast kahjustus, mis on kahtlane esmasele süüfilisele, siis tuleb kõigepealt kindlaks määrata, kas on tegemist erosiooni või haavandiga. Tähelepanu tuleb pöörata haiguskolde täpsemale lokaliseerimisele, kollete arvule, kujule, suurusele, servade ja põhja iseloomule, värvusele, konsistentsile, valulikkusele palpatatsioonil ning kas ei esine lümfangiiti või induratiivset ödeemi.

Regionaarsete lümfisõlmede palpatatsioonil pööratakse tähelepanu sellele, kas lümfisõlmede suurenemine on mõlemapoolne, määratakse kindlaks suurenenud lümfisõlmede arv, nende suurus, kuju, konsistents, liikuvus ümbruses oleva naha suhtes ning valulikkus.

Naha ja limaskestade vaatlusel tekkinud kahtluse korral teisele värakele või retsidiveeruvale süüfilisele pööratagu erilist tähelepanu roseoolide, paapulite või mädavillide esinemisele, nende kujule, värvusele, lööbe konsistentsile, paigutusele ja levikule keha tüvel, jäsemetel, peopesadel, jalataldadel, suu limaskestal ning genitaalidel arvestusega, et retsidiveeruva teise süüfilise puhul on nahalööbe elementid vähem, üksikud elemendid on suuremad, paigutuvad grupeeritult ning sagedamini esineb süfiliitil-

ne leukoderma, alopeetsia ja laiad kondüloomid, puuduvad aga jäljed ulcus durum'ist. Kõbrukeste ja gummade esinemisel määratagu nende lokalisatsioon, suurus, kuju, konsistents; armi esinemisel selle iseloom. Süüfilise mikrosüptomataatika kindlakstegemiseks tuleb erilist tähelepanu pöörata haige pupillide konfiguratsioonile ja arvestada reaktsiooni valgusele, kasutades selleks vajaduse korral uurimist luminescentslambi all. Uurimisel on vaja pöörata tähelepanu ka gonorröa ja trihhomonoosi esinemisele ning mitte ainult siis, kui anamneesis esinevad vastavad kaebused. Tähelepanelikult tuleb uurida välissuguorganeid. Meestel selgitatakse kusiti välissuudme seisund, värvus, erituse iseloom ja värvus, samuti selle hulk ning viiakse läbi kahe klaasi proov uriiniga, palpeerida kusitit, munandeid ja nende manuseid, seemnepõiekesi, Cowperi näärmeid ja eesnääret, kroonilise gonorröa puhul on vaja toopilise diagnoosi määramiseks teha uretroskoopia. Naistel on vaja pöörata tähelepanu eritusele kusitist (võetud peale kusiti massaaži), parauretraalkäikude, Bartholini näärmete, häbememokkade ja emakakaela ning perineumi seisundile. Mikroskoopilised uuringud tuleb läbi viia samaaegselt süüfilise, gonorröa ja trihhomonoosi suhtes.

Süüfilise diagnoosimiseks tuleb uurimismaterjali võtta igast kahtlasest erosioonist ja haavandist ning epiteliseerumata paapulist. Selleks vajutatakse plaatina-aasaga haiguskoldele ning ärritusseerumi ilmumisel asetatakse tilk puhtale alusklaasile ning segatakse ühe tilga füsioloogilise lahusega, kaetakse katteklaasiga ning uuritakse mikroskoobis. Osutub leid kahkjate spiroheetide suhtes negatiivseks, teostatakse suurenenud ingvinaalse lümfisõlme punktsioon või korratakse uurimist haiguskoldest, millele on tentud mähised füsioloogilise keedusoolalahusega. Lümfisõlme punktsioon viiakse läbi steriilsuse nõudeid silmas pidades. Lümfisõlme süstitakse 0,2 ml steriilset füsioloogilist keedusoolalahust. Sellega segunenud materjali aspireeritakse süstlasse ja valmistatakse preparaat pimevälja uurimiseks.

Seroloogiline uurimine viiakse läbi kõigil haigeil, keda uuritakse suguhaiguste suhtes. Erilist tähelepanu vajavad haiged, kellel seroloogilised reaktsioonid on osutunud positiivseks, kuid süüfilise kliinilised tunnused puuduvad. Niisugustel juhtudel korratakse seroloogilist uurimist. Korduvalt positiivsete seroreaktsioonidega haiged allutatakse süvendatud dermato-veneroloogilisele uurimisele, viiakse läbi konsultatsioon terapeudi, neuropatoloogi, oftalmoloogi ja otorinolarüngoloogiga ning teostatakse seljaajuvedeliku uurimine. Lõpliku diagnoosi määramisel on oluline spiroheetide immobilisatsiooni test (RIT) ja immuno-fluorestsentsantikehade uurimine (RIF). Süvendatud uurimisele allutatakse ka rasedad, kellel seroreaktsioonid võivad mõnikord osutuda positiivseks. Väga tähtis on Wassermanni reaktsioonis tiiter retsidiveeruva ja hilislatentse süüfilise eristamisel varasest teisest ja varasest latentsest süüfilisest (värskete süüfilise vormidega haigeil on reagiini tiiter kõrgem).

Liikvori uurimine viiakse reeglina läbi kõigil süüfilishaigeil üks aasta peale ravi lõpetamist, latentse süüfilise, neurosüüfilise, seroresistentse ja retsidiivsüüfilisega haigeil teostatakse aga liikvori uurimist juba diagnostilisel eesmärgil tunduvalt varem (määratakse rakud, Pandi, Nonne-Apelti, WaR ja kolloidreaktsioonidest Takata-Ara reaktsioon).

Gonorröa bakterioskoopiliseks diagnoosimiseks võetakse meestel uurimismaterjali kusitist, uriininiidikestest ja eesnäärme eritisest. Naistel võetakse uurimismaterjali kusitist, Bartholini näärmetest ja parauretraalkäikudest pärast nende puhastamist vatt-tampooniga spetsiaalse terava lusika abil. Emakakaela kanalist võetakse uurimismaterjali vaginaalpintsetiga, pärasoollest spetsiaalse lusikaga või loputusmeetodil: pärasoolde viiakse 60 - 80 ml sooja vett, millesse sattunud mädaniitidest või limast valmistatakse preparaati. Preparaatide valmistamisel on oluline, et tentaväie oleks õhuke. Üks preparaatidest värvitakse eosiini ja metüleensinisega, teine Grami järgi.

Preparaadi värvimine eosiini ja metüleensinisega:

1. Fikseerimata preparaadile valatakse 15-30 sekundiks 1%-list eosiinilahust 70%-lises etüülpiirituses.

2. Preparaati loputatakse kraaniveega.

3. Valatakse 1-2 minutiks üle 1%-lise metüleensinise vesilahusega.

4. Värv eemaldatakse veega pesemisel, preparaat kuivatatakse ja uuritakse mikroskoobis.

Värvimine Grami järgi:

1. Preparaat fikseeritakse leegil või 3 minuti vältel etüülpiirituses.

2. Kuivatatud preparaat kaetakse filterpaberiga ning valatakse üheks minutiks üle 1%-lise kristallvioleti vesilahusega.

3. Filterpaber eemaldatakse ja preparaati pestakse kraaniveega.

4. Preparaat valatakse üle Lugoli lahusega, mis jääb preparaadile seni, kuni see muutub tumedaks.

5. Preparaat asetatakse 96^o-sesse etüülpiiritusse kuni selle muutumiseni heledaks.

6. Preparaat loputatakse kiiresti vees ja värvitakse 1%-lise neutraalpunase vesilahusega (2-3 minutit).

7. Preparaat pestakse kraanivees, kuivatatakse ja uuritakse mikroskoobis.

Eosiini ja metüleensinisega värvitud preparaadi uurimine omab ainult orienteerivat tähendust. Lõplik diagnoos pannakse üksnes Grami järgi värvitud preparaatide põhjal: gonokokid on gramnegatiivsed, s.o. värvuvad punaseks, on kohvioakujulised, nõgusate pooltega vastastikku, paigutuvad sageli grupeeritult ning rakusisesi, on üksteise suhtes perpendikulaarse paigutusega. Kroonilise ja lastel esineva gonorröa diagnoosimiseks osutub vajalikuks kulturaalne uurimine, kusjuures arvestatakse, et kulturaalne uurimine (harilikult astsiit-agarsöötmele) ei osutu alati positiivseks, mille põhjuseks võib olla eelnenud ravi antibiootikumide, sulfoonamiidpreparaatide või paikse ravi vahenditega. Gonokokid on söötmele mõõduka kasvutendentsiga. Kultuure hindame

24 või 48 tundi pärast pealekülvi. Kui 48 tundi pole kasvu andnud, tuleb kultuure hoida veel 5 päeva. Tüüpilistel juhtudel gonokokkide kolooniad on nõõpnõelapea suurused, mitte konflueerunud, vaid üksteisest eraldatud, langevas või labivas valguses värvitud, kastetilka meenutavad. Aasaga materjali võttes on see limane. Mõnikord moodustavad gonokokid ühiseid pesi teiste mikroobidega. Sel juhul on nad valkjaskollased, kuid ikkagi eraldatud. Eraldatudolek ja limane kolooniate välimus vihjab gonokokkide olemasolu võimalusele ning haige tuleb samuti allutada uurimisele.

Meil kasutatakse söödet: MPA - liha-peptoon-agar astsiitvedeliku lisandiga (gonokokkide jaoks).

Oluline koht kroonilise gonorröa diagnoosimisel on provokatsioonimeetoditel. Musklisisese süstitakse 500 miljonit mikroobi keha gonovaktsiini, meestel pintseldatakse kusiiti Lugoli lahusega glütseriinis, naistel pintseldatakse kusiiti ja pärasoolt 1%-lise argentiini nitricum'i või Lugoli lahusega glütseriinis, emakakaela kanalit 5%-lise argentiini nitricum'i lahusega, mille järel 24, 48, 72 tunni pärast võetakse preparaate bakterioskoopiliseks uuringuks. Viimasel ajal pööratakse seoses gonokokkide värvimise muutustega suurt tähelepanu gonokokkide diferentsimise meetoditele (keeduproov, oksüdaasreaktsioon).

Keeduproov. Kaks tulel fikseeritud preparaati asetatakse 2 minutiks keevasse vette ja ühte värvitakse peale seda metüleensinise vesilahusega, teist fuksiinilahusega. Kui preparaadis esines gonokokke, siis metüleensinisega värvides ei tule need nähtavale, kuna keetmise tagajärjel on gonokokkide nukleoproteiidid, mis seovad metüleensinist, hävinud. Kui siiski esineb siniseks värvunud kokke, siis ei ole need gonokokid. Fuksiiniga värvitud preparaat osutub aga seevastu positiivseks, kuna fuksiin kui lipoidides lahustuv värvaine seotakse gonokokkide lipoididega, mis keetmisel ei kahjustu. Gonokokkide diferentsimiseks söötmetel teistest gramnegatiivsetest diplokokkidest (*Neisseria catarrhalis*, *diplococcus crassus* jt.) kasutatakse oksüdaasreaktsiooni ja lahustumisproovi. Oksüdaasreaktsiooniks lisatakse

uuritavale gonokokkide kultuurile mõned tilgad 0,1%-list p-fenüleendiamiini lahust. Gonokokkide kultuur värvub umbes 5 minuti jooksul pruunikasmustaks (oksüdaaspositiivselt). Neisseria catarrhalis seevastu otsekohe intensiivselt mustaks.

Trihhomonoosi diagnoos põhineb anamneesil, kliinilisel pildil ja trihhomonaadi mikroskoopilisel ning kulturaalsel kindlakstegemisel. Mikroskoopiliseks uurimiseks võetakse materjali aasa abil meestel kusitist, naistel tupe tagumisest võlvist, mida segatakse ühe tilga füsioloogilise lahusega. Alusklaasi on eelnevalt soovitatav kergelt soojendada, kuna sel juhul trihhomonaadid säilitavad liikuvuse ja on kergemini diagnoositavad. Kulturaalseks uurimiseks kasutatakse spetsiaalseid söötmeid. Trichomonas vaginalis'e kulturaalseks uurimiseks kasutatakse maksapuljongit Naha- ja Suguhaiguste Keskinstituudi poolt väljatöötatud metoodika kohaselt. Valguna lisatakse samuti astsiidivedelikku. Kultuure hoitakse termostaadis kuni 10 päeva.

Veneerilise haiguse diagnoosimisel registreeritakse haiged tervishoiuarvestuskaardiga vorm nr. 281 (täidetakse nii süüfilise- kui ka gonorröahaige kohta), vorm nr. 58 täidetakse ainult süüfilise värskete vormide kohta. Süüfilishaigete esmasel diagnoosimisel täidetakse täiendavalt spetsiaalne ankeet. Haigele selgitatakse suguhaiguste kohta kehtivat seadusandlust, mille kohta haige annab allkirja. Ravi vältel jälgitakse haige üldseisundit, lööbeelementide taandarenemist ning seroreaktsioonide muutumist. Regulaarselt (harilikult üks kord 10 päeva järel) viiakse läbi haige seisundit iseloomustavaid analüüse (üldine vereanalüüs, seroreaktsioonid, uriini ja väljaheite uurimine ning vajalikud mikroskoopilised uuringud). Esmase seronegatiivse süüfilisega haigeil teostatakse seroreaktsioonid viiepäevaste vaheaegadega. Täpsema ülevaate saamiseks on soovitatavad etappepikriisid, milles väljenduks haigusprotsessi dünaamika ja tulemused ravi vältel. Statsionaarse ravi lõpul fikseeritakse ravitulemused epikriisina nii statsionaarsesse kui ka ambulatoorsesse haigusloosse. Haiget informeeritakse

edasiseist ravi kälgust ja režiimist ning määratakse kuupäev, millal ta peab uuesti ilmuma veneroloogilisse asutusse.

Veneerilise haige uurimise skeem

Passiandmed:

1. Perekonna-, ees- ja isanimi.
2. Sugu.
3. Vanus (aastates).
4. Aadress.
5. Haige töökoht ja elukutse.
6. Haridus.
7. Perekonnanais.
8. Laste arv.
9. Kohalik elanik, sissesõitnu või ilma kindla elukohata.

Anamnees

Haige anamnees:

10. Haigestumise algus, tunnused, haige kaebused.
11. Arsti poole pöördumine.
12. Senine ravi käik.

Epidemioloogiline anamnees:

13. Suguelu algus.
14. Esimese partneri vanus.
15. Suguelu regulaarsus (perekonnas).
16. Juhuslikud sugulised vahekorrad.
17. Arvatav nakkuse allikas (abikaasa, tuttav, juhuslik tuttav).
18. Sugulised kontaktid (nimi, ees- ja isanimi, elu- ja töökoht, kontakti aeg ja koht).
19. Olustikulised kontaktid (perekonnaliikmed või toakaaslased).
20. Joobeseisund nakatumise ajal (ei, jah).
21. Varem põetud haigused (ka suguhaiguste korduv põdemine).

22. Naishaigeil andmed menstruatsiooni, sünnituste ja abortide kohta.

Objektiivne järelevaatus

Naha vaatlus:

23. Erosiooni või haavandi asukoht.

24. Haiguskollete arv.

25. Kuju.

26. Suurus.

27. Servade iseloom.

28. Põhja värvus.

29. Konsistents.

30. Haiguskolde ümbrus (induratiivne ödeem jt.).

31. Roseoolid. paapulid. mädavillid.

32. Paigutus.

33. Kuju.

34. Suurus.

35. Värvus.

36. Konsistents.

37. Kõbrukesed, gummad.

38. Paigutus.

39. Kuju.

40. Suurus.

41. Värvus.

42. Konsistents.

43. Haavandi esinemisel servade ja põhja iseloom.

44. Armi iseloom.

45. Perifeersed lümfisõlmed.

46. Lokalisatsioon.

47. Arv.

48. Kuju.

49. Suurus.

50. Konsistents ning liikuvus naha suhtes.

51. Valulikkus.

52. Nähtavad limaskestad.

53. Suu limaskesta muutused.

54. Genitaalidel.

55. Kusiti välissuue.
56. Eritis ja selle iseloom ning hulk.
57. Eesaha seisund.
58. Skene ja Bartholini näärmed.
59. Günekoloogiline leid.
60. Eesnäärme seisund.
61. Märkmed teiste organite ja organsüsteemide kohta.
- Laboratoorsed uuringud
62. Uriinianalüüs.
63. Vereanalüüs.
64. Väljaheide.
65. Pimevälja uuring.
66. Standardsed seroreaktsioonid: WaR, Citochohr.,
Kahni r.
67. RIT.
68. RIF.
69. Preparaadid gonokokkide uurimiseks.
70. Preparaadid trihhomonaadi uurimiseks.
71. Kulturaalsed uuringud.
72. Rakendatud provokatsiooni meetodid.
73. Röntgenoloogiline uuring.
- Muud uurimise meetodid
- Diagnoos.
- Decursus morbi.
- Etapp-epikriisid.
- Epikriis.

4. SAGEDAMINI VÄLJASTATAVAID RETSEPTE
DERMATO-VENEROLOOGIAS JA RAVIMITE ANNUSTE
TABELID LASTELE

Nahamädanike raviks

Rp. Viridis nitentis 0,5
Spiritus aethylici 70% 50,0
MDS. väline

- Rp. Acidi salicylici 1,0
 Spiritus aethylici 70% 50,0
 MDS. väline
- Rp. Ung. Hydrargyri praecipitati albi 5% 30,0
 DS. väline
- Rp. Kalii hypermanganatis 3,0
 DS. vannivette lisamiseks
- Rp. Emulsionis synthomycini 1% 30,0
 DS. väline
- Rp. Ichthyoli puri 30,0
 DS. väline
- Rp. Ung. Oxycorti 15,0
 DS. väline
- Rp. Sol. Vaccini staphylococci 1,0
 D.t.d. N 10 in amp.
 DS. musklisiseks süstimiseks
- Dermatomükoside raviks
- Rp. Griseofulvini 0,125
 D.t.d. N 100 in tabul.
 S. skeemi kohaselt sissevõtmiseks
- Rp. Acidi salicylici
 Resorcini
 Acidi lactici aa 15,0
 Vaselini ad 100,0
 M.f. ung. DS. väline, küüntele asetamiseks
- Rp. Kalii iodidi
 Lanolini aa 15,0
 M.f. ung. DS. väline, küüntele asetamiseks
- Rp. Iodi puri 0,2
 Kalii iodidi
 Lanolini aa 10,0
 M.f. ung. DS. väline
- Rp. Ol. Rusci 2,0
 Ung. Sulfurati 10% 30,0
 DS. väline

Rp. Ung. Erythromycini 10,0

DS. väline

Rp. Liq. Castellani 50,0

DS. väline

Rp. Ung. Zincundani 30,0

DS. väline

Rp. Sol. Nitrofungini 15,0

DS. väline

Sügeliste raviks

Rp. Sol. Natrii thiosulfatis 60% 200,0

DS. väline I

Rp. Acidi hydrochlorici 6% 200,0

DS. väline II

Rp. Kalii carbonatis 10,0

Sulfuris praecipitati 30,0

Vaselini ad 100,0

M.f. ung. DS. väline

Rp. Benzylīi benzoatis 20,0

Saponis viridis 2,0

Aq. destillatae ad 100,0

MDS väline

Demoditsidoosi raviks

Rp. Sulfuris sublimati

Kalii hydroxydi aa 12,5

Zinci sulfatis 2,8

Natrii hydroxydi 0,8

Aq. destillatae 16,5

Vaselini

Lanolini aa 22,5

Benzaldehydi 0,5

Ol. Vaselini 9,4

MDS. väline

Nahatuberkuloosi raviks

- Rp. Dexamethasoni 0,0005
D.t.d. N 100 in tabul.
S. skeemi kohaselt sisse võtta
- Rp. Streptomycini sulfatis 0,25
D.t.d. N 6 in amp.
S. lahustada 3 ml 0,25% novokaiini lahuses, süstida muskli sisesi
- Rp. Vitamini D₂ 1 flac.
DS. 15 tilka 3 korda päevas sisse võtta
- Rp. Phthivazidi 0,5
D.t.d. N 100
S. 1 tbl. 3 x päevas sisse võtta
- Rp. Natrii paraaminosalicylatis 1,0
D.t.d. N 100
S. 3-4 g 3 x päevas sisse võtta

Erütematoosi raviks

- Rp. Delagili 0,25
D.t.d. N 100 in tabul.
S. 1 tbl. 1-2 x päevas sisse võtta
- Rp. Acidi tannici 1,5
Lanolini 3,0
Vaselini
Aq. destill. aa 10,0
MDS. väline

Sklerodermie raviks

- Rp. Lydasi 0,1
D.t.d. N 12 in amp.
S. lahustada 1 ml füsioloogilises lahuses muskli-siseseks süstimiseks

Dermatiidide ja ekseemide raviks

- Rp. Sol. Novocaini 0,5% 200,0
DS. 2 x 2 spl. päevas sisse võtta pool tundi enne sööki

- Rp. Dimedroli 0,05
D.t.d. N 20 in tabul.
S. 1 tbl. 2-3 x päevas sisse võtta
- Rp. Extracti Aloës 1,0
D.t.d. N 30 in amp.
S. nahaaluseks süstimiseks
- Rp. Acidi borici 1,0
Zinci oxydi 10,0
Ol. **Helianthi** aa 50,0
MDS. väline
- Rp. Acidi borici 0,5
Zinci oxydi
Talci veneti aa 10,0
MDS. naha puuderdamiseks
- Rp. Acidi borici 2,0
Zinci oxydi
Glycerini
Aq. destillatae aa 25,0
MDS. väline
- Rp. Naphthalani 3,0
Pastae Zinci ad 30,0
M.f.pasta. DS. väline
- Rp. ASD fr. 3 3,0
Pastae Zinci ad 30,0
M.f.pasta. DS. väline
- Rp. Sol. calcii chloridi 10% 10,0
D.t.d. N 10 in amp.
S. veenisisesi süstimiseks
- Rp. Ung. Prednisoloni 1% 10,0
DS. väline
- Rp. Ung. Lorindeni 15,0
DS. väline
- Rp. Ung. Synalaris 15,0
DS. väline
- Rp. Sol. Extericidi
DS. väline haavandile

Viirusevastased vahendid

Ohatise puhul

Rp. Ung. Oxolini 0,25% 10,0

DS. limaskestale

Rp. Ung. oxolini 3% 10,0

DS. väline nahale

Rp. Rivanoli 0,1

Ung. Zinci ad 20,0

M.f. ung. DS. väline, nahale asetamiseks

Rp. Ung. Tebropheni 3% 10,0

DS. väline

Teravate kondüloomide puhul

Rp. Podophyllini 1,0

Spiritus aethylici 96°

Aetheris sulfurici aa 5,0

MDS. väline

Rp. Acidi salicylici 1,0

Acidi acetici glacialis 9,0

MDS. väline

Neurodermatooside raviks

Rp. Meprobameti 0,2

D.t.d. N 40 in tabul.

S. 1 tbl. 2 x päevas sisse võtta

Rp. Suprastini 0,025

D.t.d. N 20 in tabul.

S. 1 tbl. 3 x päevas sisse võtta

Rp. Sol. Natrii bromidi 3% 200,0

DS. 1 spl. täis 3 x päevas sisse võtta

Rp. Pipolpheni 0,025

D.t.d. N 20 in tabul.

S. 2 x üks tbl. päevas sisse võtta

Rp. Diazolini 0,05 s. 0,1

D.t.d. N 20 in dražee

S. 2 x üks dražee päevas sisse võtta

Rp. Mentholi 0,5
Phenoli 2,5
Acidi salicylici 1,0
Lanolini
Vaselini aa ad 100,0
MDS. väline

Psoriaasi raviks

Rp. Acidi folicci 0,03
Acidi ascorbinici 0,1
Glucosi 0,3
M.f. pulv. D.t.d. N 50
S. 1 pulber 3 x päevas sisse võtta
Rp. Pyrogenali 100 TŮ
D.t.d. N 10 in amp.
S. süstimiseks musklisisesi
Rp. Flucinari 15,0
DS. väline

Seborröa raviks

Rp. Riboflavini 0,01
Acidi nicotinici 0,05
Acidi ascorbinici 0,1
Sacchari 0,3
M.f. pulv. D.t.d. N 60
S. 3 x 1 pulber päevas sisse võtta
Rp. Acidi salicylici 1,0
Sulfuris ppt. 2,0
Sol. acidi borici 2% 15,0
Spiritus aethylici 96° 50,0
MDS. väline peanahale
Rp. Sol. Synoestroli ol. 1% 5,0
Sulfuris ppt. 15,0
Glycerini 20,0
Spiritus aethylici
Aetheris sulfurici aa 50,0
MDS. väline

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Diazolium	0,002 0,005 0,005 0,05	0,03	-	0,05	p ā v a a	0,05-0,1 p ā v a a	10 p ā v a	
Dime diolum	0,002 0,004 0,002 0,006 0,01 0,01 0,015 0,03	0,02 0,04 0,05 0,05 0,05 0,05 0,05 0,06					10 p ā v a	
Actingium	-	0,01 - 0,0125	kaka kuni 3 korda p ā v a a			0,015-0,025 2 kuni 3 korda p ā v a a	7-12 p ā v a	
Pernovin	-	0,5 mg/kg	kahakala kohta p r o d a i, kaka kuni k o l a k o r d a p ā v a a			0,15-0,2	7-12 p ā v a	
Adalinu	-	0,03 - 0,05 0,05 - 0,15						
Moziron	-	1/2 - 2	tasalate koraga					
Sol. natrii salicylici mg			0,1 - 0,15 g p r o / k g					
Sol. calcii chlorati 5-10% per os								
Calcium glaucinum	0,15	2-3 korda p ā v a a	1,0 kaka kuni 3 korda p ā v a a					
Prednisololum	1,5 mg	p r o / k g	10-15 mg					
Transaminololum	0,75-1 mg	p r o / k g	5 - 6 mg					
Desamethasolum	0,1-0,2 mg	p r o / k g	1 - 1,5 mg					
AKX	-	-	1,0-1,5 mg p r o k g					
Kalium chloratum	0,1 0,4-0,6 0,1 0,4-0,6 0,2 0,8-1,2 0,25 1,0-1,5 0,3 1,2-1,8 0,4 1,2-2,4 0,5-2,4							
Penicillinum	20 000 - 30 000 IU	p r o k g	10 000 - 15 000 IU					
Amoxicillinum	250 mg	p r o / k g	10-15 mg					
Streptomycinum	20 000 - 30 000 IU	p r o / k g	10 000 - 15 000 IU					
Plavacyclium	20 000 - 25 000 IU	p r o / k g	10 000 - 15 000 IU					
Tetracyclium	20 000 - 25 000 IU	p r o / k g	10 000 - 15 000 IU					
Tetracyclium	20 000 - 25 000 IU	p r o / k g	10 000 - 15 000 IU					
Levomeprominum	0,04 - 0,06	p r o / k g	0,0 0,0 0,0					
Haloperidolum	0,5 mg	p r o / k g	0,5 - 1,0 mg					
Syntocarium	25 mg	p r o / k g	25 - 30 mg					
Olanzapinum	5 mg	p r o / k g	5 - 10 mg					
Enoximolium	10 mg	p r o / k g	10 - 20 mg					
Desmethylum	10 mg	p r o / k g	10 - 20 mg					

Rp. Sulfuris 7,5

Sol. ac. borici 2% 100,0

Spirit. camph. 50,0

Acidi salicylici 1,0

Spiritus aethylici 96° 50,0

MDS. väline

5. KORDAMISKÜSIMUSTI

Nahamädanikud

1. Missugused on nahamädanike etioloogilised tegurid?
2. Missugused on nahamädanike patogeneetilised tegurid?
3. Sagedamini esinevad nahamädanikud (streptokokilised, stafülokokilised, segainfektsioonist tingitud).
4. Nahamädanike üld- ja paikne ravi.
5. Nahamädanike profülaktika.

Sügelised

1. Sügeliste epidemioloogilisi iseärasusi.
2. Sügeliste kliinilised iseärasused täiskasvanuil.
3. Sügeliste kliinilised iseärasused lastel.
4. Sügeliste ravi printsiibid, vahendid, meetodika.
5. Sügeliste profülaktika.

Naha seenhaigused

1. Naha seenhaiguste klassifikatsioon.
2. Uut keratomükoside etioloogias ja ravis.
3. Epidermofüütia puhul esinevate allergiliste löövete iseloomustus.
4. Rubrofüütia erinevusi epidermofüütiast.
5. Kandidoosi kliinik ja ravi.
6. Mikrospooria erinevusi trihhofüütiast.
7. Trihhomükoside ravi.

Nahatuberkuloos

1. Naha infitseerimise teed.
2. Nahatuberkuloosi kliinilised vormid.

3. Lupus vulgaris'e diagnoosist ja diferentsiaaldiagnoosist.

4. Nahatuberkuloosi ravi probleeme.

Leepra

1. Leepra esinemine (geograafiline).

2. Lepromatoosse leepra kliiniline sümptomatoloogia.

3. Tuberkuloidse ja indiferentse leepra kliinilisest sümptomatoloogiast.

4. Leepra diagnostika.

5. Kaasaegsed ravivahendid.

6. Uuemaid andmeid nakkusmehhanismist.

Dermatiidid ja ekseemid

1. Dermatiitide klassifikatsioon.

2. Kliiniline sümptomatoloogia.

3. Toxicodermia.

4. Eksematoosse protsessi arengu skeem.

5. Nahatestid (iseloomustus, teostamise viis, hindamine).

6. Dermatiitide ja ekseemide diferentsiaaldiagnostika.

7. Dermatiitide ja ekseemi ravi.

Neurodermatoosid

1. Mõiste ja klassifikatsioon.

2. Neurodermatooside kliiniline sümptomatoloogia.

3. Neurodermiidi diferentsiaaldiagnoos.

4. Neurodermatooside ravimine.

Psoriaas

1. Peamised hüpoteesid psoriaasi etioloogia ja patogeeni kohta.

2. Psoriaasi kliinilised vormid, sealhulgas harvem esinevad.

3. Psoriaasi diagnoos ja diferentsiaaldiagnoos.

4. Psoriaasi ravi.

5. Psoriaasihaigete dispanseerimisest.

Punane lame sammaspool

1. Etioloogia.

2. Kliinilised vormid.

3. Diagnostika.

4. Ravi.

Erütematoos

1. Etioloogia ja patogeenes.

2. Kliiniline sümptomatoloogia.

3. Diagnostika küsimusi.

4. Ravi.

Viiruselised nahahaigused

1. Tüükad (kliinik, diagnoos, ravi).

2. Ohatis (kliinilised vormid, ravi).

3. Võõtohatis (kliinilised iseärasused, ravi).

Villiliste haiguste grupp

1. Herpetiformne dermatiit (kliiniline sümptomatoloogia, diagnoos, ravi).

2. Villtõbi (kliiniline sümptomatoloogia, diagnoos, ravi).

Seborröa (kliinik, diagnoos ja ravi).

Nahakasvajad (klassifikatsioon, nahaprekantseroosid, healoomulised ja pahaloomulised nahakasvajad. Ravi).

Allergilised vaskuliidid.

Naha retikuloosid.

Naha sarkoidoosid.

Suguhaiguste esinemist soodustavatest teguritest.

Süüfilis

1. Süüfilise tekitaja.

2. Esmase süüfilise diagnostika, kliinilised iseärasused.

3. Teisese värske süüfilise diagnoosimine ja kliinilised iseärasused.

4. Retsidiveeruva teisese süüfilise eristamine värsket teisest süüfilisest.

5. Siseelundite süüfiliitiline haigestumine teisese süüfilise puhul.

6. Kolmandane süüfilis.

7. Siseorganite süüfilis.
8. Närvisüsteemi süfiliitiline haigestumine.
9. Latentse süüfilise diagnoosimine.
10. Kaasasündinud süüfilis ja selle profülaktika.
11. Treponeemide immobilisatsiooni test (RIT).
12. Fluorestseerivate antikehade reaktsioon (RIF).
13. Mõningaid süüfilise ravi probleeme.
14. Süüfilise nakkavate vormide ja varajase latentse süüfilise ravimine samaaegselt penitsilliini ja vismutühenditega.
15. Permanentravi penitsilliinipreparaatidega süüfilise värske vormide korral.

Gonorröa

1. Gonorröa klassifikatsioon.
2. Meeste gonorröa kliinik.
3. Naiste gonorröa kliinik.
4. Gonorröa diagnoosimine.
5. Gonorröa ravi printsiibid.
6. Gonorröa paikne ravi.

Pehme šanker

Neljas suguhaigus

Trihhomonoos ja mittepõletikulised uretriidid meestel.

6. TESTKÜSIMUSI PRAKTILISTE TÖÖDE JOOKSVAKS KONTROLLIMISEKS (õige alla kriipsutada).

N ä i d i s l

Streptokokilist nakkust iseloomustavad:

paksud kollased koorikud

ülekaalus seroosne eksudaat

higinäärmete kahjustus

lööbe lokalisatsioon suu ja nina ümbruses

lööbe lokalisatsioon juustega kaetud peanahale

Stafulokokilised nakkused:

ecthyma -

furunculus

hydradenitis

Pityriasis simplex

Pityriasis rosea

Näidustused püodermitide raviks antibiootikumidega suu kaudu:

eczematoid

veres kõrge leukotsütoos

lümfangiit ja lümfadeniit

haiguse krooniline venivulg

furunkuloos

Lokaalsed püodermitide ravivahendid:

Castellani vedelik

Dekamiinsalv 1%, 10%

naftalaankreem 3%, 10%

nitrofungiin

heliomütsiinsalv

Esmased lõõbelemendid:

laik

erosioon

koorik

paapul

kett

N ä i d i s 2

Epidermofüütia lokaliseerub

küünevallile

varvaste vahele

kubeme piirkonda

nahavoltidesse

küüntele

Kandidoosi ravivahendid:

1% metüleensinise vesilahus

lokakorteen

mükoseptiin

nitrofungiin

dekamiinsalv

Fungistaatilise toimega antibiootikumid:

nüstatiin
biomütsiin
oleandomütsiin
oksatsilliin
griseofulviin

Rubrofüütia tekitajad:

Trichophyton violaceum
Trichophyton mentagrophytes
Trichophyton rubrum
Trichophyton crateriforme

N ä i d i s 3

Teisesele retsidiveeruvale süüfilisele on iseloomulikud:

laigud
paapulid
pustulid
epiteliseerunud esmane haavand
juuste väljalangemine
paapulid taldadel, peopesadel

Esmase seropositiivse süüfilise raviks (üheaegselt penitsilliini- ja vismutipreparaatidega) on ette nähtud:

1, 2, 4, 5, 6 kuuri

Kolmandasele süüfilisele on iseloomulikud:

paapulid
tuberkulid
haavandid
armid
pigmentatsioon

Teisele värske süüfilisega haige on peale ravi lõpetamist dispanseersel arvel:

1, 2, 5, 10 aastat

7. TÄIENDUSEKS SÜÜFILISE JA GONORRÖA RAVI SCHEEMIDELE

Süüfilishaigete rasedate ravi

1. Süüfilishaigete rasedate ravi viiakse läbi ainult penitsillini ja dürantsete penitsilliinipreparaatidega.

2. Ravi viiakse läbi vastavalt staadiumile arvestusega 140 000 TÜ 1 kg kehakaalu kohta, kuid mitte vähem kui 8 400 000 TÜ ravikuuriks.

3. Esmane ravikuur on soovitatav statsionaaris vees lahustuva penitsilliiniga.

4. Latentse süüfilise diagnoosimisel määratakse ravi vastavalt teisele retsidiveeruva süüfilise raviskeemile.

5. Rasedail, kes põdesid varem süüfilist ja keda raviti küllaldaselt, kuid ei ole arvelt maha võetud, viiakse iga raseduse ajal läbi profülaktiline ravi.

6. Profülaktiline ravi rasedail koosneb kolmest ravikuurist: penitsilliini, ekmonovotsilliini või bitsilliin-1 ja -3-ga.

7. Naised, kes said preventiivravi, jäävad raseduse ajal vaatluse alla.

Profülaktiline laste ravi

1. Lapsed, kes sündisid süüfilishaigest emast, allutatakse kliinilisele, seroloogilisele, likvoroloogilisele ja röntgenoloogilisele uurimisele kolme esimese elukuu jooksul (silmaarsti, neuropatoloogi, pediaatri ning teiste spetsialistide konsultatsioon vastavalt näidustustele).

2. Lastel, kelle süüfilishaige ema on saanud täisväärtusliku ravi enne rasedust ja raseduse ajal, kliiniliste ja seroloogiliste nähtude puudumisel profülaktilist ravi ei alustata. Nad jäävad ven.-dispanseri järelevalve alla kuni suguküpsuseni.

3. Lastel, kelle emad said preventiivset ravi, kliiniliste ja seroloogiliste nähtude puudumisel spetsiifilist ravi ei alustata, kuid nad peavad jääma järelevaatuse alla 5 aastaks. Suguküpseks saamisel allutatakse need lapsed kliinilis-seroloogilisele uuringule.

4. Kui kaasasündinud süüfilist on diagnoositud ühel lapsel, siis nooremad õed-vennad isegi kliiniliste ja seroloogiliste nähtude puudumisel allutatakse profülaktilisele ravile.

5. Profülaktiline ravi peab algama esimesel kahel-kolmel elukuul.

6. Profülaktiline ravi viiakse läbi kolme penitsilliini ravikuurina kooskõlas lapse vanuse ja kehakaaluga. Kui lapse uurimine on toimunud ilma seljaajuvedeliku uurimiseta, siis viiakse läbi kuni 6 ravikuuri.

7. Kahe aasta vanusest alates viiakse profülaktiline ravi läbi kolme ravikuurina bitsilliin-1 või -3-ga, arvestades lapse kehakaalu ja eluiga. Ravikuuride vaheaeg 2 nädalat.

8. Lastel koolieani, kui neil on olnud tihe olustikuline kontakt nakkava süüfilise nähtudega vanematega, viiakse läbi preventiivne ravi.

Abinõud kaasasündinud süüfilise profülaktikaks

1. Kohustuslikud seroreaktsioonid raseduse esimesel ja teisel poolel.

2. Vere seroloogiline uurimine kõigil naistel, kellel teostatakse abort.

3. Vere seroloogiline uurimine kõigil rasedail somaatilistes statsionaarides.

4. Teatud elanikkonna kontingentide (doonorite, müüjate, tööstusettevõtete, laste- ja raviprofülaktiliste asutuste, lapsehoidjate) meditsiiniline järelevaatus ja seroreaktsioonide teostamine.

5. Nakkavat süüfilist põdevate rasedate abort (nende nõusolekul).

6. Kohustuslik rasedate ravi, kui nad põdesid kunagi süüfilist.

7. Laste profülaktiline ravi, kelle ema põdes süüfilist ning keda halvasti raviti, samuti siis, kui vanemal vennal või õel diagnoositi kaasasündinud süüfilise tunnuseid.

8. Süüfilishaigetele abielukeeld.

9. Tihe koostöö veneroloogiliste ja akušöör-günekoloogiliste asutuste vahel.

10. Antilueetilise ravi läbiviimine rasedail, kellel kahel korral esinesid tugevalt positiivsed seroreaktsioonid ka siis, kui neil puuduvad kliinilised süüfilise tunnused.

Täienduseks gonorröa raviskeemidele

Gonorröahaigete ravi antibiootikumidega:

Antibiootik	Akutne gonorröa	Teised vormid
1. Penitsilliin	Esimene süstimine 600 000 TÜ, järgmised 300 000 TÜ füsio- loogilises lahuses iga 4 tun- ni järel - kokku 3 miljonit TÜ	4,2 - 6 mil- jonit TÜ
2. Ekmonovot- silliin	600 000 TÜ iga 12 tunni jä- rel või 1 200 000 TÜ 24 tunni järel, ravikuuriks 3 miljonit TÜ	4,2 - 6 mil- jonit TÜ
3. Bitsilliin-1,	600 000 TÜ iga 24 tunni jä- rel või 1 200 000 TÜ 48 tunni järel, ravikuuriks 3 miljonit TÜ	4,2 - 6 mil- jonit TÜ
4. Ampitsilliin	0,5 g iga 4 tunni järel, ravikuuriks 3,0 g	4,5 g
5. Levomitse- tiin	3 g päevas 4 tunni järel, ravikuuriks 6 g	10 g
6. Tetratsük- liin	Esimesel 2 päeval 0,3 g, järgnevatel 0,2 g 5 korda päevas. Üine vaheaeg 7-8 tundi. Ravikuuriks 5 g	10 g
7. Erütromüt- siin	Kahel esimesel päeval 400 000 TÜ 6 korda päevas, järgnevatel päevadel 400 000 TÜ 5 korda päevas. Kokku 8,8 miljonit TÜ	12,8 miljo- nit TÜ
8. Oletetriin	Esimesel päeval 1 250 000 TÜ, esimene kord 500 000 TÜ, kolmel järgneval korral 250 000 TÜ, ülejäänud päeva- del 250 000 TÜ 4 korda päe- vas. Ravikuuriks 4 miljonit TÜ	7,5 miljo- nit TÜ
9. Monomütsiin	500 000 TÜ 10 tunni järel, kuuri annus 3 miljonit TÜ	6 miljonit TÜ

10. Kanamütsiin	Muskliisese 500 000 Tü	6 miljonit
	iga 12 tunni järel. Ravi-	Tü
	kuuriks 3 miljonit Tü	

Gonorröahaigete ravi prolungeeriva toimega sulfanil-
amiidpreparaatidega

Määratakse isikutele, kes ei talu antibiootikume või peale ebaõnnestunud penitsilliinravi.

Sulfamonometoksiini või sulfadimetoksiini ordineeritakse 2 esimesel päeval 1,5 g 3 korda päevas võrdsete vahe-
aegade ja järgmistel päevadel 1 g 3 korda päevas ägeda ja alaägeda gonorröa haigetele 15 g, teiste gonorröa vormidega 18 g.

Kombineeritud antibiootikumide kasutamine on näidustatud meestel ainult raskete tüsistunud gonorröa vormide puhul, naistel raskete vormidega astsendeeruva gonorröa korral. Kuuri annused kombineeritud kasutamise puhul on võrdsed nende preparaate eraldi kasutamisega.

Suguhaiguste isiklik profülaktika vastavates profülaktika punktides

Meestel

1. Profülaktika punkti saanud isik urineerib ja peseb hoolikalt vee ja seebiga käed.

2. Suguelundid ja reite mediaalsed pinnad pestakse sooja vee ja seebiga.

3. Peale pesemist ja kuivatamist hõõrutakse nimetatud kohad üle sublumaadi 1:4000 või elavhõbeda oksitsüaniidi 1:8000 lahuses niisutatud vatitampooniga.

4. Teostatakse Esmarch'i kannust kusiti eesmise osa loputus kaaliumhüpermanganaadi 1:6000 lahusega (0,5 l).

5. Peale ureetra lõputust viiakse ureetrasse silma pipetiga 10 tilka 2-3%-list protargoli vesilahust või 10%-list protargoli lahust glütseriinis. Peale sisseviimist surutakse ureetra väline suue kergelt 2-3 min. kinni ja ei soovitata pärast lahuse eemaldamist 2-3 tunni jooksul urineerida.

6. 5 minuti jooksul hõõrutakse suguelundite, kõhu alaosa ja reite sisepindade nahka kalomelsalvi (kalomel, vaseliin ja lanoliin võrdsetes osades).

7. Isikule antakse marlist salvrätik suguelundite kaitseks määratud pesu eest. Kodus soovitatakse kohe pesu vahetada.

Naistel

1. 1., 2. ja 3. p. sama, mis meestel.

4. Teostatakse tupeloputus kaaliumhüpermanganaadi 1:6000 lahusega, järgnevalt instilleeritakse ureetrasse 1-2%-list hõbenitraadilahust: emakakaela, tupe limaskestast ja väliseid suguelundeid peitsitakse 2%-lise hõbenitraadilahusega.

5. 5 minuti jooksul hõõrutakse kõhu alaosa, reite ja vaheliha piirkonna nahka kalomelsalvi.

8. ÕPPETÖÖS KASUTATAV KIRJANDUS

Õpikud:

Vahter, H. Dermatoloogia ja veneroloogia. Tln., 1976.

Павлов С.Г. Кожные и венерические болезни. "Медицина", Ленинградское отделение, 1975.

Скрипкин Ю.К., Шарapова Г.Я. Кожные и венерические болезни, М., 1972.

Monograafiad:

Nahamädanikud

Хоранжак Г. и др. Гнойничковые заболевания кожи. Польское государственное медицинское издательство, 1970.

Dermatomükooosid

Шеклаков Н.Д., Милич М.В. Грибковые заболевания человека. М., 1970.

Кашкин П.Н. Дерматомикозы. "Медицина", Ленинградское отделение, 1967.

Kollagenoosid

- Высоцкий Г.Я. Системная и очаговая склеродермия. "Медицина", Ленинградское отделение, 1971.
Делис И.И. Красная волчанка. Вильнюс, 1970.

Mahatuberkuloos

- Агапкин И.И., Багаева М.И. Туберкулез кожи. М., 1959.

Leopra

- Торсуев Н.А. Распознавание и дифференциальная диагностика лепры. М., 1971.

Dermatiidid ja ekseemid

- Рабен А.С., Антоньев А.А. Профессиональные болезни кожи, вызываемые химическими веществами. М., 1975.
Loogna H. Allergoloogia. Tln., 1976.
Кожевников П.В. Экзематозные реакции. "Медицина", Ленинградское отделение, 1967.

Psoriaas

- Довжанский С.И. Псориаз. Изд. Саратовского университета. 1973.

Neurodermatoosid

- Скрипкин Ю.К. Нейродермит. М., 1967.
Беренбейн Б.А. Зудящие дерматозы (нейродерматозы). М., 1971.

Mahakasvajad

- Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. М., 1969.

Süüfilis ja gonorröa

- Аствацатуров К.Р. Сифилис, его диагностика и лечение. М., 1971.
Ляховицкий Н.С. Уретроскопия и внутриуретральные вмешательства. М., 1969.
Овчинников Н.М. Лабораторная диагностика венерических заболеваний. М., 1969.
Порудоминский И.М. Половые расстройства у мужчин. М., 1968.

Фридман А.П. Основы ликворологии. "Медицина", Ленинградское отделение, 1971.

Инструкции по лечению и профилактике гонорей. М., 1976.

Käsiraamatud;

Руководство по дермато-венерологии (в 3-х томах), "Медгиз", 1959, 1961, 1964.

Perioodika:

"Вестник дерматологии и венерологии".

"Реферативный журнал". Раздел XI. Дерматология. Венерология.

**9. PIIDIMATERJAL SAGEDAMINI ESINEVATEST
NAHA- JA SUGUHAIGUSTEST**

Tahvel I

Foto 1 - mädavilliline lõõve

Tahvel II

Foto 1 - akne

Foto 2 - ektüümid

Tahvel III

Foto 1 - epidermofüütia

Foto 2 - pärmseentõbi

Tahvel IV

Foto 1 - mikrospooria

Foto 2 - trihhofüütia

Tahvel V

Foto 1 - sügelised

Tahvel VI

Foto 1 ja 2 - erütematoos

Tahvel VII

Foto 1 ja 2 - nõgestõbi

Tahvel VIII

Foto 1 - villtõbi

Tahvel IX

Foto 1 ja 2 - psoriaatiline lööve

Tahvel X

Foto 1 ja 2 - nahavähk

Tahvel XI

Foto 1 - kõva šanker

Tahvel XII

Foto 1 - teisene sõlmeline süüfiliid

Tahvel XIII

Foto 1 - kõbruline kolmandana süfiliid

Tahvel XIV

Foto 1 - gummoosne süfiliid

Tahvel XV

Foto 1 - varane kaasasündinud süüfilis

Tahvel XVI

Foto 1 ja 2 - varane kaasasündinud süüfilis

Tahvel XVII

Foto 1 ja 2 - süfiliitilised muutused maksas

Tahvel XVIII - Gonorröilised muutused kusitis (endiskoopilisel uurimisel).

Foto 1 - põletikuline erüteem.

Foto 2 - mõõdukas kõva infiltraat.

Foto 3 - põletikulised tsüstid kusitis.

Foto 4 - polüübid.

Foto 5 - kusiti striktuur.

Foto 6 - striktuur ja papilloom.

Foto 7 - colliculus seminalis - normaalne leid.

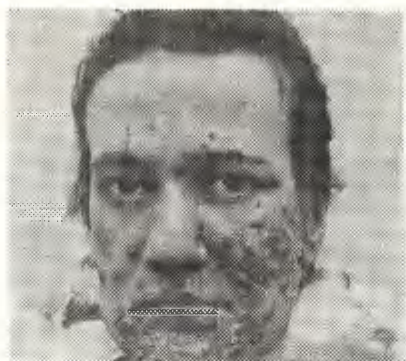
Foto 8 - põletikuline erüteem ja tsüstid kusitis.

Foto 9 - papillaarsed vohandid kusitis.

TAHVEL I



ТАВЭЛ II

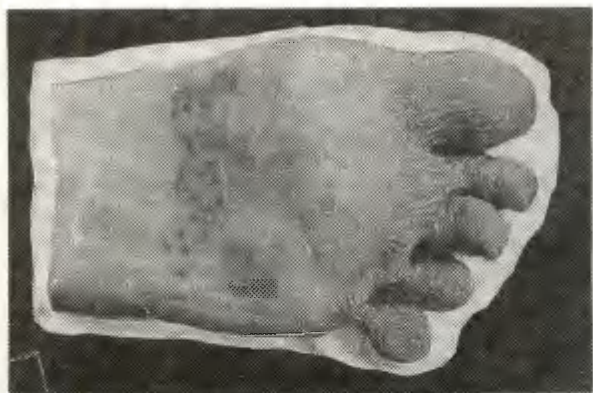


1



2

TAHVEL III

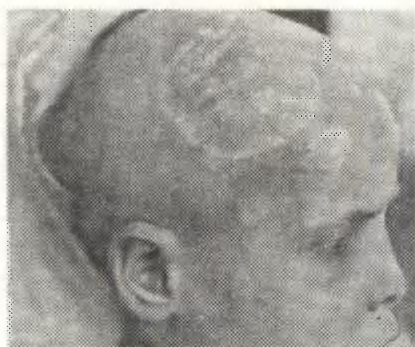


1

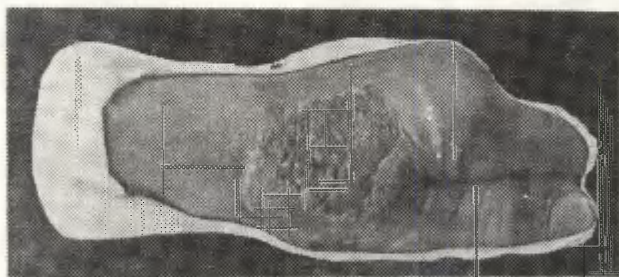


2

TAHVEL IV

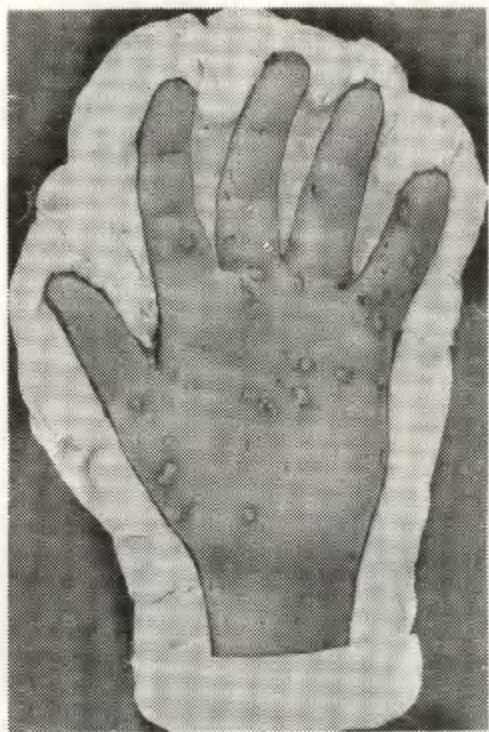


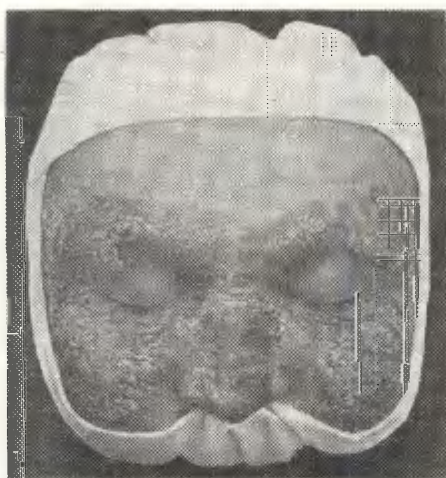
1



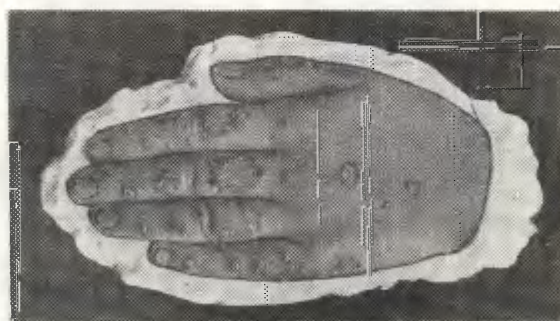
2

TAHVEL V





1

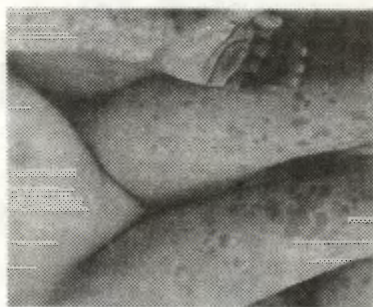


2

TAHVEL VII



1



2

TAHVEL VIII



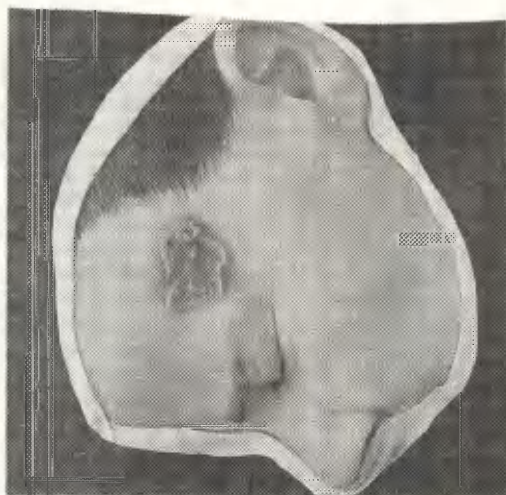
TARVEL IX



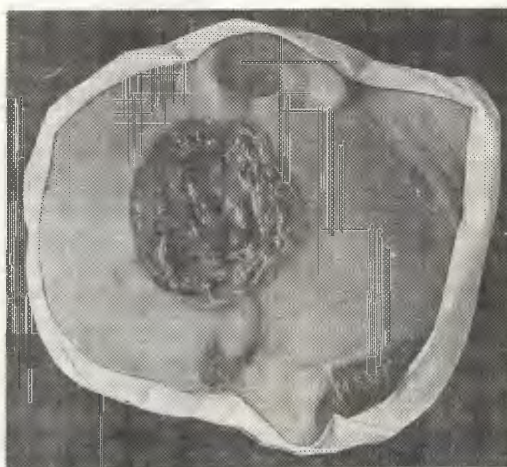
1



2

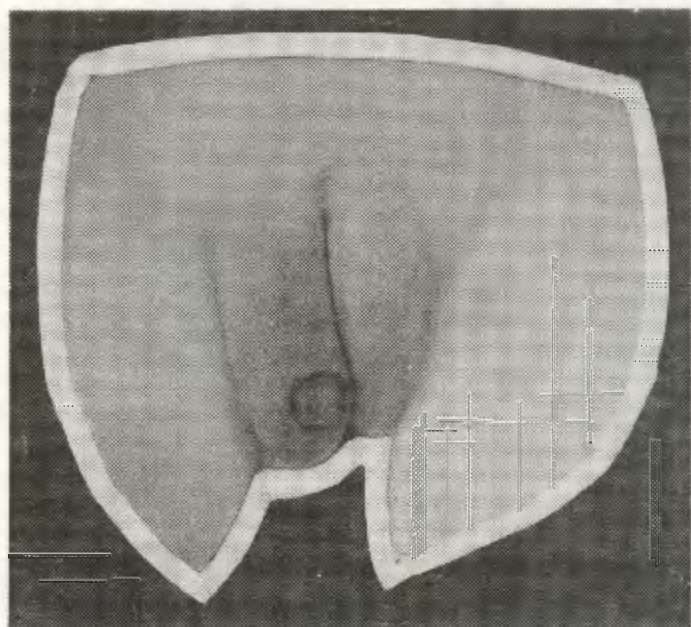


2

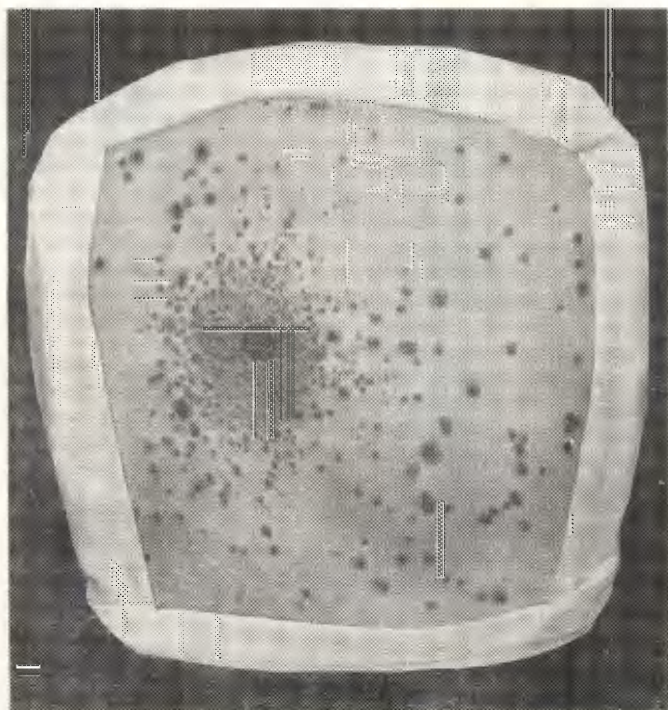


1

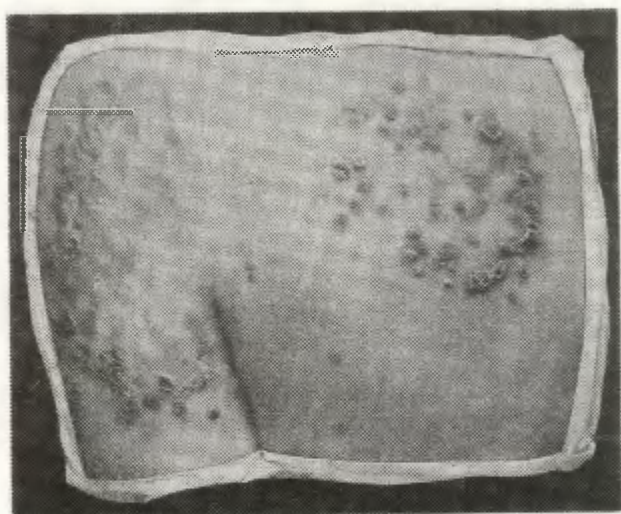
TAHVEL XI



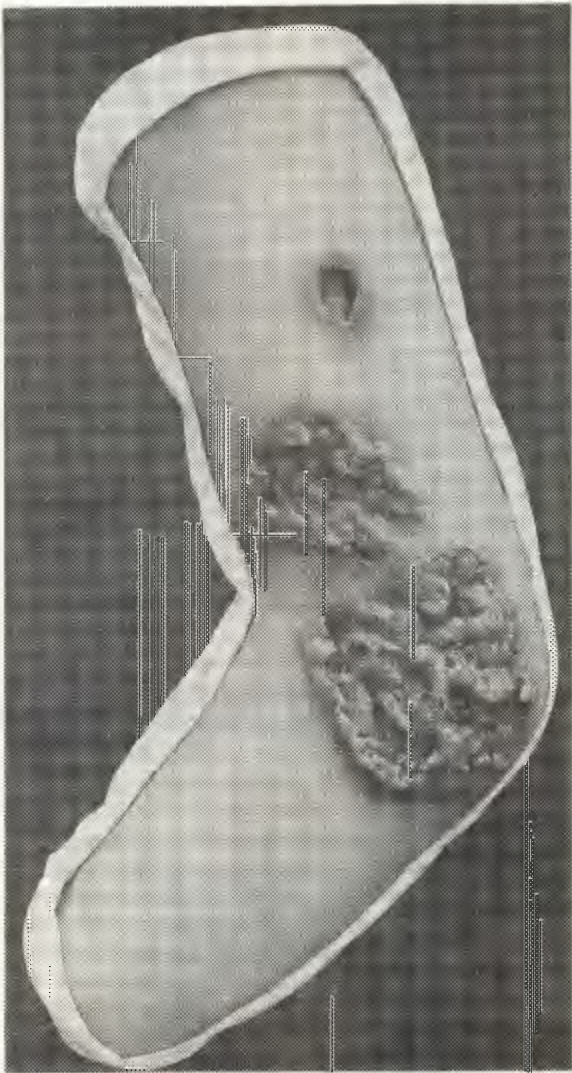
TAHVEL XII



TAHVEL XIII



TAHVEL XIV



ТАВРЕЛ XV



TAHVEL XVI



1

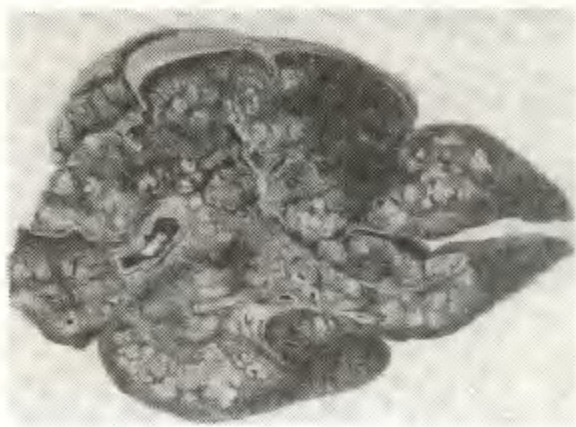


2

TAHVEL XVII



1



2

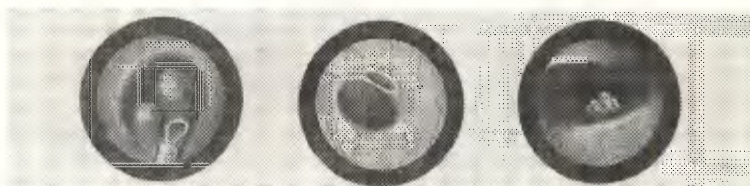
TARVEL XVIII



1

2

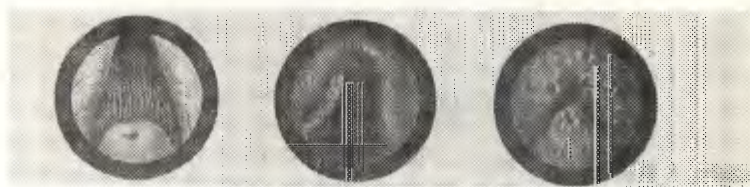
3



4

5

6



7

8

9

S i s u k o r d

Saateks	2
1. Õppetöö eesmärk ning õppeprogrammid naha- ja sugu- haiguste õpetamisel	3
2. Nahahaige uurimise metoodika koos uurimisskeemiga..	16
3. Suguhaige uurimise metoodika koos uurimisskeemiga .	20
4. Sagedamini väljastatavaid retsepte dermato-venero- loogias ja ravimite annused lastele	30
5. Kordamisküsimusi.	39
6. Testküsimusi praktiliste tööde jooksvaks kontrolli- miseks.	42
7. Täienduseks süüfilise ja gonorröa ravi skeemidele .	45
8. Õppetöös kasutatav kirjandus.	49
9. Pildimaterjal sagedamini esinevatest naha- ja sugu- haigustest	51

МЕТОДИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА ПО КОЖНО-ВЕНЕРИЧЕСКИМ
БОЛЕЗНЯМ. Составители Херман Вахтер, Хель-
ги Сильм, Элле Эльберг. На эстон-
ском языке. Тартуский государственный универ-
ситет. СССР, г. Тарту, ул. Мушкооли, 18.
Vastutav toimetaja L. Nurmand. Korrektor V. Lang.
Paljundamine alg. antud 03.11.1977. Kirjutuspaber
30x42 1/4. Trükipoognaid 4,5. Tingtrükipoognaid
4,19. Arvestuspooognaid 4,08. Trükiarv 1000. THÜ
trükkoda, KHSV, Tartu, Põlsoni t. 14. Tell.nr.
1362. Hind 15 kop.

0.05

15 kop.